



# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定

## 申請書

市区町村民税  
非課税などの  
低所得者用

被保険者（申請者）記入用

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間										
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	入院した 保険医療機関等	名称										
		所在地										
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	入院した 保険医療機関等	名称										
所在地												
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称											
	所在地											
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称											
	所在地											
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称											
	所在地											

市区町村民税証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に（非）課税証明書の添付が必要です。
	当該被保険者（氏名）は令和（ ）年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村民長名 <span style="float: right;">印</span>

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。