

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 令和 7 年 11 月 5 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	記号	1000	事業所名	〇〇運輸株式会社	
	被保険者	番号	100	事業所所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号	
	被保険者	氏名	健保 太郎	男・女	生年月日	昭和・平成 50 年 3 月 1 日
	適用対象者	氏名	健保 太郎	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 50 年 3 月 1 日
	被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 TEL( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇				

長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えての入院)していましたか・・・  該当 ・ 非該当 (いずれかに○)

この欄は、長期入院に該当する方のみ記入してください。			入院日数合計( 92 日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和7年8月1日から	92 日間			
		令和7年10月31日まで				
	入院した保険医療機関等	名称	〇〇病院			
		所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				

※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。

※4月～7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。

市 区 証 明 欄 村 長	当該被保険者(氏名 )は ( )年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 印

【注意事項】裏面をご覧ください。

### 【注意事項】

1. この申請書を提出いただくのは、次の低所得区分に該当する方です。
  - 1) 70歳未満の方
    - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
    - ・診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。
  - 2) 70～74歳の方
    - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
    - ・診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、低所得者の適用になりません。
2. 発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし健康保険加入月に申請された場合は、資格を取得した日が発効年月日となります。
3. 有効期限は申請日より最初に到来する7月31日までとなります。
4. 「限度額適用・標準負担額減額認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、健康保険組合に返却願います。

### 【添付書類】

1. 被保険者の「市区町村民税非課税証明書」（又は申請書の「市区町村長証明欄」への証明）
  - ※4月～7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。
2. 入院期間を証明する書類（長期入院該当者のみ）
  - 長期入院とは、申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院されていることです。
  - ただし、市町村民税が課せられていない期間の入院に限ります。