

健康保険限度額適用認定決議			決 裁	常務理事	事務長			担当者
発効年月日	令和 年 月 日	被 保 険 者	資格取得日	年 月 日				
有効年月日	令和 年 月 日	被 扶 養 者	認定年月日	年 月 日				
適用 区分	標準報酬月額	区分	備考					

※上記枠内は記入しないで下さい。

市区町村民税非課税  
などの低所得者用

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号	記 号	番 号		
	事業所の名称				
	被保険者氏名	Ⓜ ※自署の場合は押印を省略できます。			
	被保険者の住所	〒 ー			
認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は 記入不要です。)	氏 名	続柄		
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	療養予定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ※記入がない場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。			

※「申請代行者欄」被保険者及び療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

申 請 代 行 者 欄	氏名・印	Ⓜ	被保険者との関係	
	電話番号		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者が所属する事業所になりますので十分ご注意ください。

### シチズン健康保険組合理事長 殿

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

Ⓜ

受付日付印

## 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

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～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～令和 年 月 日まで	日間
	入院した	名称	
	保険医療機関等	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～令和 年 月 日まで	日間
	入院した	名称	
	保険医療機関等	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～令和 年 月 日まで	日間
	入院した	名称	
	保険医療機関等	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～令和 年 月 日まで	日間
	入院した	名称	
	保険医療機関等	所在地	

市区 町村 長 証明 欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に地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。
	市区町村長名 _____ ⑤