

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（申請者）記入用

下記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

2026年 5月 10日

被保険者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	123	番号	4567	会社名	〇〇株式会社			
	従業員番号	123456			メールアドレス	〇〇〇〇@xxx.co.jp				
	申請者氏名（自署）	健保 太郎			※申請書氏名は自署で記入してください。					
	被保険者住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区△△1-2-3			日中連絡先（TEL）	XXX-XXXX-XXXX				
減額対象者	氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	療養予定期間	2026年 5月 20日 ~ 2026年 6月 10日								
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	入院日数合計	22 日間					
長期入院	長期入院・・・ 長期入院とは、申請月以前1年間の非課税期間に90日間を超えて入院されていることです。 該当する場合には、申請月以前1年間の非課税期間に入院した期間や医療機関名等を記入してください。 【添付書類】 入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書等）の写し									
	年	月	日から	年	月	日まで	日数	日間		
	名称									
	所在地									
	年	月	日から	年	月	日まで	日数	日間		
	名称									
所在地										

希望送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者の情報に記入した住所
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 [<input checked="" type="checkbox"/> 実家 ・ <input type="checkbox"/> 病院 ・ <input type="checkbox"/> 職場] ※宛名（様方・気付）、部屋番号、病棟、病室番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 住所 (〒 999 - 9999) TEL: XXX-XXXX-XXXX 大阪府〇〇区□□2-2-2 宛名 健保 一郎

■「被保険者」および「認定対象者」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（自署）	※申請代行者名は自署で記入してください。	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 総務・人事担当者 <input type="checkbox"/> 上長 <input type="checkbox"/> 家族（続柄） <input type="checkbox"/> その他
	日中連絡先（TEL）		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他

市区町村長 証明欄	当該被保険者（氏名）は（ ）年度の	【課税に関する証明の例】 2026年5月～6月の診療は令和7年度の課税に関する市区町村長の証明を受ける。または、令和7年度の（非）課税証明書を提出する。
	市区町村長名	

※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。

※認定証の有効期間は、発行月1日から最長で初めて到来する7月末日までとなります。

※（非）課税証明書（原本）を添付する場合は、「市区町村長証明欄」の証明は必要ありません。

受付日付印