

記入のポイント

限度額適用・標準負担額減額認定証〔被保険者が非課税等のとき〕（1ページ）

健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

12ページ

減

市区町村民税非課税などの低所得者用

低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号・番号	記号（左づめ）		番号（左づめ）		生年月日	
	氏名（カタカナ）						
	氏名						
	郵便番号（ハイフン除く）						
	住所						

被保険者（本人）の情報を記入
※扶養家族の情報ではありません

認定対象者情報	氏名（カタカナ）						
	生年月日						

認定対象者は、長期入院されましたか。
※長期入院とは、半額を行った月以降1年間に90日を超えて入院されていることです。ただし、冒険者に災害被害者として認められた期間に限り入院に限りません。

1. はい 2. いいえ

11. はいの場合、2ページ「長期入院履歴」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。）

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。

送付希望先情報	住所						
	宛名						

送付希望先が、被保険者の住所と異なる場合に記入

申請代行情報	氏名						
	電話番号						

被保険者以外の人が申請する場合にご記入ください。

情報照会	被保険者						
	郵便番号						

希望しない

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書を添付してください。

備考

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。（記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。）

有効期間を遡った認定証の交付を希望される場合は、「○月から有効の証を希望（●●病院（入院先等）・▲▲様（ご担当者）より了承済み）」と記入
記載がない場合は、書類の受付月から有効の証を発行します。

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

記入不要

全国健康保険協会
協会けんぽ

(2024.12)

1/2

記入のポイント

限度額適用・標準負担額減額認定証〔被保険者が非課税等のとき〕（2ページ）

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		1	2	ページ
		市区町村民税非課税などの低所得者用		
1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1.はい」と回答された方のみご記入ください。				
被保険者氏名	被保険者（本人）の名前			
申請月以前1年間の入院日数合計				
申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				
① 入院した医療機関等	名称			
	所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				
② 入院した医療機関等	名称			
	所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				
③ 入院した医療機関等	名称			
	所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				
④ 入院した医療機関等	名称			
	所在地			
申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）				
⑤ 入院した医療機関等	名称			
	所在地			
申請月以前1年間に90日を超えて入院した場合に記入				
2 3 0 2 1 2 0 1				
全国健康保険協会 協会けんぽ				
2 / 2				