常務理事	事務長			担当者	※健保欄	受付日	令和　年　月　日	※適用区分
						交付日	令和　年　月　日	
						有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	

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

申請者➡健康保険組合

被保険者情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □昭和 □平成 □令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　－　）	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　月　日
療養予定期間	令和　年　月 ～ 令和　年　月		

療養する方は、長期入院されましたか。
※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。

□ は　い
□ いいえ

➡「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

希望送付先

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

住所	（〒　－　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）
宛名	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者およ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。

氏名		被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）	申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他 （　）

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

※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、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

受付日付印

上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。
令和　年　月　日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

ダスキン健康保険組合

裏面（2枚目）も必ずご提出ください

2021/04/01

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

申請者➡健康保険組合

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）	年　月　日 から　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）	年　月　日 から　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）	年　月　日 から　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）	年　月　日 から　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）	年　月　日 から　年　月　日まで	日間
入院した 保険医療機関等	名　称 所在地	

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、いずれかの方法により申出を行ってください。

☐ **「（非）課税証明書」原本の添付**
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「（非）課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。
※4月から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「（非）課税証明書」を添付ください。

☐ **マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望（マイナンバーを事業所へ届出済の方のみ選択可）**
被保険者の１月１日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の住民票住所	（〒　　ー　　）

※平成29年8月～平成30年7月診療分は、平成29年1月1日の住所を、平成30年8月～令和1年7月診療分は平成30年1月1日の住所を記入してください。