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

社員番号

被保険者情報

	記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者証等記号・番号（左詰め）			□昭和 □平成 □令和			
氏名	（フリガナ）		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、正しい内容と被保険者（届出者）の氏名（サイン）をご記入ください。			
住所	（〒　　－　　）					
電話番号（日中の連絡先）		メールアドレス				

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	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

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）	
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）		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 （　　）

※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。

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

（令3.4）

受付日付印

・被保険者証等記号・番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の提出代行者名記載	

パーソルキャリア健康保険組合

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

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	

市区町村長証明欄

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。

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

※ 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。