

届書コード	決議	令和 年 月 日	常務理事	部長	課長	主任	担当者
622	発効日	令和 年 月 日					
	有効期限	令和 年 月 日					
資格関係 照合	取得	強制	年 月 日	喪失	強制	年 月 日	
		任継	年 月 日		任継	年 月 日	
適用区分	オ ・ I ・ II		標準報酬月額	千円	交付番号		

※ 上記欄は記入しないでください。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の 記号・番号	—	事業所名称					
被保険者氏名	(フリガナ) ----- ⑩	生年月日	昭・平	年 月 日	性別	男・女	
被保険者の住所	〒						
療養を必要とする方の氏名	(フリガナ) ----- ⑩	生年月日	昭・平・令	年 月 日	性別	男・女	
療養を必要とする方の住所	〒						

◎ 療養を必要とする方が入院される場合は、以下についても記入してください。

入院する（されている）方は、長期入院されましたか？ 1. はい 2. いいえ

※ 長期入院とは、申請を行なった月以前1年間にすでに90日を越えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられていない期間の入院期間に限ります。

◎ 「はい」の場合は、申請を行なった月以前1年間の入院期間を記入してください。

①	申請を行なった月以前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請を行なった月以前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請を行なった月以前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
備考欄	入院日数合計		日間

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は 年度の市（区）町村民税が課せられていないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名 ⑩
-----------------	--

大阪ニット健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 上記のとおり申請します。

- この申請書は、市区町村民税非課税等の低所得者が、入院される（入院されている）場合及び高額な外来診療を受けられる（受けている）場合に申請してください。高額な外来診療とは、同一医療機関等で1ヶ月の窓口の自己負担額が自己負担限度額（裏面参照）以上支払いされる（支払いされている）場合が対象となります。
- 市区町村長発行の非課税証明書（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、当年度の課税に関する証明）を添付してください。ただし、この申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けている場合は、添付の必要はありません。
- 長期入院による申請をする場合は、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など）を添付してください。
- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（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。）