届書コード	決　議	年　月　日	常務理事	部 長	次 長	課 長	担当者
６２２	発効日	年　月　日					
	有効期限	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

被保険者等の記号・番号	―	事業所名称			
被保険者氏名	(フリガナ)	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)	生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女
		被保険者との続柄			
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）	年　月　日から 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）	年　月　日から 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）	年　月　日から 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　　㊞

大阪ニット健康保険組合理事長

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。)