



健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き

低所得者の方で入院や通院で医療費が高額になる場合、窓口でのお支払いが一定の金額までとなる認定証を交付します。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2 ページ

2 / 2 ページ

添付書類をご用意ください。

『限度額適用・標準負担額減額認定の概要』をご確認の上で当てはまる書類を添付してください。

住民税非課税の方	被保険者の住民税の（非）課税証明書（原本） 申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要
被保険者および被扶養者すべてが、 収入から必要経費・控除額を 引いた後の所得がない方	被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 （所得証明書など）
4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。 （例）・平成27年8月診療分～平成28年7月診療分：平成27年度（平成26年中収入）の証明書 ・平成28年8月診療分～平成29年7月診療分：平成28年度（平成27年中収入）の証明書	
「限度額適用・標準負担額認定」の 低所得者の適用を受けることにより 生活保護を必要としなくなる方	「限度額適用・標準負担額認定該当」と 記載された「保護却下通知書」もしくは 「保護廃止決定通知書」
長期入院（申請月以前の1年間で 90日を超えて入院）される方	入院期間を証明する書類 （入院期間が記載されている領収書など）

次ページに記入例があります。 ➡

ご提出・お問合せ先



〒107-0062 東京都港区南青山2-19-1 シティヤマザキビル2F
TEL 03-5411-2010 FAX 03-5411-2079

ユニマツト健保

検索

記入例

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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

市区町村民税 非課税などの 住所等欄用

1 2 被保険者(申請書)記入用

1 被保険者の氏名・住所等

被保険者の氏名(フリガナ) 記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者の氏名(フリガナ) 青山 太郎 記号 6 7 番号 1 2 3 4 生年月日 年 月 日 6 1 1 0 2 4

被保険者の氏名(フリガナ) 青山 太郎 住所 〒107-0062 東京都港区青山2-19-1 TEL 03-0000-0000

被保険者の氏名(フリガナ) 青山 花子 生年月日 年 月 日 6 3 2 1 4 日

療養する方は、長期入院されましたか。 はい いいえ

2 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はご記入ください。

住所 〒102-0000 東京都千代田区△△1-1-1 TEL 090 0000 0000 〇〇ビル7F

宛先 〇〇ユニマツ△△△ 〇〇〇〇 青山 太郎

3 申請代行情報

「申請代行情報」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。

被保険者との関係 申請代行の理由

被保険者本人が記入できないため 〇〇〇〇

4 申請書

被保険者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。)


備考欄

社会保険労務士の提出代行番号記載欄

ユニマツ健康保険組合 1/2

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 療養の方が長期入院された場合は2 / 2 ページを必ずご記入ください。

3 希望送付先

入院され自宅で認定証の受取りが出来ない場合などにご記入ください。

4 申請書を記入され、申請する日をご記入ください。

5 被保険者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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

健康保険 限度額適用・標準負担減額認定 申請書 市区町村長税務課などの住所持参用

(被保険者(申請者)記入用)

6 申請を行った月以前 1 年間の入院回数合計

申請を行った月以前 1 年間の入院期間(日数)	平成 28 年 8 月 1 日 から 平成 28 年 9 月 23 日まで	39 日数
入院した 保険医療機関等	名称 ○○○総合病院 所在地 東京都渋谷区○○○1-1	
申請を行った月以前 1 年間の入院期間(日数)	平成 28 年 10 月 2 日 から 平成 28 年 12 月 1 日まで	52 日数
入院した 保険医療機関等	名称 ○○○総合病院 所在地 東京都渋谷区○○○1-1	
申請を行った月以前 1 年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数
入院した 保険医療機関等	名称 所在地	
申請を行った月以前 1 年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数
入院した 保険医療機関等	名称 所在地	
申請を行った月以前 1 年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数
入院した 保険医療機関等	名称 所在地	

7 市区町村長税務課の方へ、本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。
 非課税証明書(添付) 青山 太郎 (印)平成 28 年 年度の市区町村長税務課が課されないことを証明する。
 市区町村長 港区長 ○○ △△ 

※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～12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。

ユニマツ健康保険組合 2/2

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

⑥ 長期入院欄

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があった場合
にご記入ください。
ただし、この期間に市区町村民税が課されていない期間に限ります。

⑦ 本申請書に市区町村長の証明を受けられる場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。

(例)

- 平成 27 年 8 月診療分～平成 28 年 7 月診療分：平成 27 年度（平成 26 年中収入）の（非）課税証明
- 平成 28 年 8 月診療分～平成 29 年 7 月診療分：平成 28 年度（平成 27 年中収入）の（非）課税証明

次ページに限度額適用・標準負担減額認定について案内があります。➡

限度額適用・標準負担額減額認定の概要

1 低所得者の高額療養費の自己負担限度額および入院時食事(生活)療養費の標準負担額

	高額療養費の自己負担限度額			入院時食事(生活)療養費の標準負担額			
	外来	外来+入院		入院時食事療養費 (1食)		入院時生活療養費 (3)	
			多数該当 (1)		長期入院 (2)	食費 (1食)	居住費 (1日)
低所得者(70歳未満)		35,400 円	24,600 円	210円	160円	210円	320円
低所得者 (70歳以上)	8,000円	24,600 円		210円	160円	210円	
低所得者 (70歳以上)	8,000円	15,000 円		100円		130円	

- 診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。
- 申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院をされていた場合は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。
- 入院医療の必要性が高い方は、食事の負担は入院時食事療養費の標準負担額と同額に軽減され、居住費の負担はなくなります。

2 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

低所得者(70歳未満) 1	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
低所得者 (70歳以上) 2	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
低所得者 (70歳以上) 2	・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

- 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。
- 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は適用とはなりません。

3 入院時食事(生活)療養費にかかる標準負担額の減額について

入院時食事療養費にかかる標準負担額の減額

入院した場合の食事については、食事にかかる一部負担(食事療養標準負担額といいます。)をすることで、食事の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口に提示することで、食事療養負担額が軽減されます。

入院時生活療養費にかかる標準負担額の減額

65歳以上の方で、療養病床に入院する場合は、生活療養にかかる費用のうち一部負担(生活療養標準負担額といいます。)をすることで、食事や適切な療養環境の提供することで、生活療養標準負担が軽減されます。

注意事項

有効期限

- ・申請月の初日（健康保険加入月に申請された場合は資格取得日）から最長で初めて到来する7月末日が有効期限となります。

認定対象者について

- ・本申請書の認定対象者は上記「**2** 低所得者について」に該当する方が対象となります。70歳未満の低所得者以外の方は「健康保険限度額適用認定申請書」をご提出ください。
また、70歳以上で現役並み所得者及び一般所得者の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口でのお支払いが自己負担限度額までとなります。