

限度額適用認定申請書 兼
標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の手続きは不要です。

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏 名	健康 太郎		被保険者の マイナンバー
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		

交付が必要な対象者に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください。

対 象 者 欄	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	交 付 が 必 要 な 証 の 種 類	1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証	申 請 希 望 月	令和 6 年 12 月
	<input type="checkbox"/>	被扶養者	フリガナ 氏 名				1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証		令和 年 月
	<input type="checkbox"/>	被扶養者	フリガナ 氏 名				1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証		令和 年 月
	この申請は、第三者行為 によるものですか？		1.はい 2.いいえ		第三者行為によるもの場合、 限度額適用認定申請証及び標準負担額減額認定申請証は発行しません。				
	認定証は事業所あてに送付しますが、緊急を要する場合のみで希望先に郵送します。(任意継続の方は登録住所に送付します。)								
希望送付先		〒 - TEL - -							

被 保 険 者 が 非 課 税 の 場 合	4月～7月診療分は「被保険者の前年度の非課税」 8月～翌年3月診療分は「被保険者の当年度の非課税」 が自己負担額に反映されます。	市区町村民税が非課税の 場合、該当年度を記入	該当①	令和 年度 (年分)
			該当②	令和 年度 (年分)
	(注6)マイナンバー情報連携による被保険者の 市町村民税非課税証明書の省略を希望しますか	1.はい 2.いいえ	1月1日現在の 住民票住所	〒 -
「被保険者」が市区町村民税を課されていない 期間の申請対象者の入院期間は、90日を超え て入院していますか？	1.はい 2.いいえ			

〔事業主欄〕	被保険者が申請できないため、 代理申請します。	所在地
代理申請の 場合のみ記入	令和 年 月 日	名称 役職 氏名

- 【注意事項】
- この届は、医療費が高額になる際に①マイナ保険証をお持ちでない場合や②マイナ保険証で受診できない医療機関等を利用する場合に申請してください。
 - 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
 - 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に✓を記入してください。
 - 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
 - 被保険者が申請できない場合は、被保険者の加入事業所が代理申請することが可能です。
 - 標準負担額減額認定申請書を申請の際、被保険者非課税の記入がない場合、自己負担額は標準報酬月額に基づき算定されるため、被保険者が非課税の場合は、該当年度の市町村民税非課税証明書の原本を添付ください。
また、被保険者が非課税の方で申請対象者の入院期間が90日を超えた場合は、入院期間がわかる領収証を添付ください。

限度額適用認定申請書 兼
標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の手続きは不要です。

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏 名	健康 太郎		被保険者の マイナンバー
	生年月日	5	5.昭和 7.平成 45 年 4 月 1 日	申請年月日
	住民票住所	〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		

交付が必要な対象者に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください。

対 象 者 欄	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者	同上	被 保 険 者 と の 続 柄	被保険者 本人	1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証	申 請 希 望 月	令和 6 年 12 月
	<input type="checkbox"/>	被扶養者	フリガナ 氏 名			1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証		令和 年 月
	<input type="checkbox"/>	被扶養者	フリガナ 氏 名			1.限度額適用 認定証 2.標準負担額 減額認定証		令和 年 月
	この申請は、第三者行為 によるものですか？		1.はい 2.いいえ		第三者行為によるものの場合、 限度額適用認定申請証及び標準負担額減額認定申請証は発行しません。			
	認定証は事業所あてに送付しますが、緊急を要する場合のみで希望先に郵送します。(任意継続の方は登録住所に送付します。)							
希望送付先		〒 - TEL - -						

被 保 険 者 が 非 課 税 の 場 合	4月～7月診療分は「被保険者の前年度の非課税」 8月～翌年3月診療分は「被保険者の当年度の非課税」 が自己負担額に反映されます。	市区町村民税が非課税の 場合、該当年度を記入	該当①	令和 6 年度 (5 年分)
			該当②	令和 年度 (年分)
	(注6)マイナンバー情報連携による被保険者の 市町村民税非課税証明書の省略を希望しますか	1.はい 2.いいえ	1月1日現在の 住民票住所	〒 111 - 2222
「被保険者」が市区町村民税を課されていない 期間の申請対象者の入院期間は、90日を超え て入院していますか？	1.はい 2.いいえ			

「1.はい」に○をつけた場合は、入院期間がわかる領収証を添付してください。

マイナンバー情報連携による添付資料の省略を希望された場合、診療月が属する年の1月1日現在の住民票住所を記入してください。
(例) 令和6年12月診療 ⇒ 令和6年1月1日現在
令和7年2月診療 ⇒ 令和7年1月1日現在
記入は市区町村までで、番地等は不要です。

【注意
事項】

- この届は、医療費が高額になる際に①マイナ保険証をお
用する場合に申請してください。
- 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
- 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に✓を記入してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
- 被保険者が申請できない場合は、被保険者の加入事業所が代理申請することが可能です。
- 標準負担額減額認定申請書を申請の際、被保険者非課税の記入がない場合、自己負担額は標準報酬月額に基づき算定されるため、被保険者が非課税の場合は、該当年度の市町村民税非課税証明書の原本を添付ください。
また、被保険者が非課税の方で申請対象者の入院期間が90日を超えた場合は、入院期間がわかる領収証を添付ください。