

低所得（住民税非課税等）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

|        |                  |                                                |                      |                                                                                                                                                                                  |
|--------|------------------|------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者情報 | 記号・番号            | 記号（左づめ）                                        | 番号（左づめ）              | 生年月日                                                                                                                                                                             |
|        |                  | <input type="text"/>                           | <input type="text"/> | <input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日<br>2. 平成<br>3. 令和 |
|        | 個人番号<br>（マイナンバー） | <input type="text"/>                           | <input type="text"/> | 記号・番号をご記入（印字）された場合は個人番号（マイナンバー）<br>のご記入は必要ありません。（記入（印字）された場合は本人確認書<br>類等の添付が必要になります。）                                                                                            |
|        | 氏名<br>（カタカナ）     | <input type="text"/>                           |                      |                                                                                                                                                                                  |
|        | 氏名               | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。 |                      |                                                                                                                                                                                  |
|        | 郵便番号<br>（ハイフン除く） | <input type="text"/>                           | 電話番号<br>（左づめハイフン除く）  | <input type="text"/>                                                                                                                                                             |
| 住所     | 都 道<br>府 県       |                                                |                      |                                                                                                                                                                                  |

|                                                                               |              |                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認定対象者欄                                                                        | 氏名<br>（カタカナ） | <input type="text"/>                                                                                                                                                             |
|                                                                               | 生年月日         | <input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日<br>2. 平成<br>3. 令和 |
| 認定対象者は、長期入院されましたか。                                                            |              | <input type="checkbox"/> 1. はい → 「1. はい」の場合、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いただき、証明書類を添付<br>してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。）<br>2. いいえ                                             |
| ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間に90日を超えて入院されていることです。<br>ただし、保険者に低所得者として認められた期間に係る入院に限ります。 |              |                                                                                                                                                                                  |

|        |                                         |            |
|--------|-----------------------------------------|------------|
| 送付希望先欄 | 上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。 |            |
|        | 住所                                      | 都 道<br>府 県 |
| 宛名     | 電話番号<br>（左づめハイフン除く）                     |            |

|                     |                          |                                                              |
|---------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 申請代行者欄              | 被保険者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<br>との関係                                                 |
| 電話番号<br>（左づめハイフン除く） | <input type="text"/>     | 申請代行<br>の理由                                                  |
|                     |                          | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため<br>2. その他（ ） |

|                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 情報照会                                                                                                                           | 被保険者等の課税情報等の確認のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。<br>【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 |           |
|                                                                                                                                | 被保険者<br>郵便番号                                                                                                                                                | 希望<br>しない |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。<br>希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。 |                                                                                                                                                             |           |

|    |
|----|
| 備考 |
|----|

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記入欄 | 2ページ目に続きます。▶▶▶ |
|-----------------------|----------------|

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

|                 |                                                                       |                                         |                                           |                                                        |                                      |                                         |            |                                         |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------|-----------------------------------------|
| MN確認<br>（被保険者）  | <input type="checkbox"/> 1. 記入有（添付あり）<br>2. 記入有（添付なし）<br>3. 記入無（添付あり） | 同時申請                                    | <input type="checkbox"/> 1. 資格取得          | <input type="checkbox"/> 1. 被扶養者異動届                    | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者変更訂正 |                                         |            |                                         |
| 添付書類            | 保護却下<br>通知書                                                           | <input type="checkbox"/> 1. 添付<br>2. 不備 | 非課税<br>証明                                 | <input type="checkbox"/> 1. 前年度 2. 当年度<br>3. 両年度 4. 不備 | 所得<br>証明                             | <input type="checkbox"/> 1. 添付<br>2. 不備 | 長期入院<br>証明 | <input type="checkbox"/> 1. 添付<br>2. 不備 |
| 2 3 0 1 1 2 0 3 |                                                                       | その他                                     | <input type="checkbox"/> 1. その他<br>2. 処理票 | 枚数                                                     |                                      | <input type="text"/>                    |            |                                         |

受付日付印

(2026.1)

1 ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1. はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名

申請月以前1年間の入院日数合計

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

※申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。  
ただし、保険者に低所得者として認められた期間に係る入院に限ります。

申請を行った月以前1年間の  
入院期間(日数)令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 から 令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

①

入院した  
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)令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 から 令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

②

入院した  
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)令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 から 令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

③

入院した  
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)令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 から 令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

④

入院した  
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)令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 から 令和 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 年 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 月 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 日 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

日間

⑤

入院した  
医療機関等

名称

所在地

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|