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低所得者用

減

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 1　記号（左づめ）　番号（左づめ）　資格情報のお知らせの記号と番号

生年月日 2　1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日

個人番号（マイナンバー） 3　記号・番号が分かれば空欄

⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ） 4

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。

氏名

郵便番号（ハイフン除く）

電話番号（左づめハイフン除く）

住所　都道府県

被保険者の情報

認定対象者欄

氏名（カタカナ） 5

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。

生年月日　1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日

療養する方（本人なら同じ）

認定対象者は、長期入院されましたか。 6

※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。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。

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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。）

2. いいえ

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 7　〒　都道府県

宛名

電話番号（左づめハイフン除く）　別の住所に送るときだけ

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 8

電話番号（左づめハイフン除く）　本人以外が出すときだけ

被保険者との関係

申請代行の理由 9　1. 被保険者本人が入院中で外出できないため　2. その他（　代行の理由　）

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。
【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

被保険者郵便番号　1月1日時点の住所の郵便番号 10

希望しない 11　マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。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（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	1. 添付 2. 不備	非課税証明	1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	1. 添付 2. 不備	長期入院証明	1. 添付 2. 不備
			その他	1. その他 2. 処理票 （理由）			枚数	

2 3 0 1 1 2 0 3

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ

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低所得者用

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　被保険者の氏名　12

長期入院欄

申請月以前１年間の入院日数合計　13　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。

①

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　14　日間

入院した医療機関等　名称　15

所在地　病院の名称と所在地

②

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

入院した医療機関等　名称

所在地

③

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

入院した医療機関等　名称

所在地

④

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

入院した医療機関等　名称

所在地

⑤

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

入院した医療機関等　名称

所在地

2 3 0 2 1 2 0 3

全国健康保険協会
協会けんぽ

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低所得者用

減

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）	⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	ヤマダ タロウ 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。
氏名	山田 太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京（都 道 府 県） 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

認定対象者欄

氏名（カタカナ） 5	ヤマダ タロウ 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。
生年月日	1（1. 昭和 2. 平成 3. 令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日　本人なら被保険者と同じ
認定対象者は、長期入院されましたか。 ※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。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。	2（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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。）） 6（いいえ）

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 府 県）
宛名	電話番号（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	被保険者との関係
電話番号（左づめハイフン除く）	申請代行の理由 □ 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 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。
【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

被保険者郵便番号	1 2 3 4 5 6 7 10	希望しない □	マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑ を入れてください。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（被保険者）	□ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	□ 1. 資格取得	□ 1. 被扶養者異動届	□ 1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	□ 1. 添付 2. 不備	非課税証明	□ 1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	□ 1. 添付 2. 不備	長期入院証明	□ 1. 添付 2. 不備
2 3 0 1 1 2 0 3			その他	□ 1. その他 2. 処理票（理由）			枚数	

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

減

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号 1	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）		
	⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ
	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。
氏名	山田　太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京 （都 道 府 県） 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

認定対象者欄

氏名（カタカナ） 5	ヤマダ　ハナコ
	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。
生年月日	1（1. 昭和 2. 平成 3. 令和） 4 2 年 1 0 月 2 0 日　入院するのは妻
認定対象者は、長期入院されましたか。 ※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。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。	2（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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。） 6 いいえ）

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 府 県）
宛名	電話番号（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	被保険者との関係
電話番号（左づめハイフン除く）	申請代行の理由 □ 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 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。
【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

被保険者郵便番号		希望しない □	マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。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（被保険者）	□ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	□ 1. 資格取得	□ 1. 被扶養者異動届	□ 1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	□ 1. 添付 2. 不備	非課税証明	□ 1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	□ 1. 添付 2. 不備	長期入院証明	□ 1. 添付 2. 不備
2 3 0 1 1 2 0 3			その他	□ 1. その他 2. 処理票 （理由）			枚数	

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

減

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
個人番号（マイナンバー）			⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ 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。
氏名	山田　太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京（都 道 府 県）　新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

認定対象者欄

氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ 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。
生年月日	1（1. 昭和 2. 平成 3. 令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
認定対象者は、長期入院されましたか。 ※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。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。	1（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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。）） 6（いいえ）

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 府 県）
宛名		電話番号（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		被保険者との関係	
電話番号（左づめハイフン除く）		申請代行の理由	□ 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 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。
【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

被保険者郵便番号	1 2 3 4 5 6 7	希望しない	□ マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑ を入れてください。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（被保険者）	□ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	□ 1. 資格取得	□ 1. 被扶養者異動届	□ 1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	□ 1. 添付 2. 不備	非課税証明	□ 1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	□ 1. 添付 2. 不備	長期入院証明	□ 1. 添付 2. 不備
2 3 0 1 1 2 0 3			その他	□ 1. その他 2. 処理票（理由）			枚数	

受付日付印

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

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	山田　太郎

長期入院欄

申請月以前１年間の入院日数合計		121 日間 (13)	※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。
① 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和 08 年 05 月 12 日 から 令和 08 年 07 月 14 日	64 日間
① 入院した医療機関等	名称	○○総合病院	
	所在地	東京都　新宿区○○ 1-1	
② 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）		令和 08 年 08 月 20 日 から 令和 08 年 10 月 15 日	57 日間
② 入院した医療機関等	名称	△△記念病院	
	所在地	東京都　豊島区△△ 2-3	
③ 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		
④ 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		
⑤ 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

全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

減

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日

個人番号（マイナンバー）	⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ　（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。）
氏名	山田　太郎
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京（都 道 府 県） 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101

認定対象者欄

氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ　（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。）
生年月日	1（1. 昭和 2. 平成 3. 令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
認定対象者は、長期入院されましたか。※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。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。	2（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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。） 2. いいえ）

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 7	〒 1 2 3 4 5 6 8 東京（都 道 府 県） 新宿区〇〇 4-5-6　受け取る家族の住所
宛名	山田　花子
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X

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 8	山田　花子　出す人（妻）の氏名と電話
被保険者との関係	妻
電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
申請代行の理由 9	1（1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他（入院中なら 1））

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。
【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

被保険者郵便番号	
希望しない	☐ マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑ を入れてください。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（被保険者）	☐ 1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	☐ 1. 資格取得	☐ 1. 被扶養者異動届	☐ 1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	☐ 1. 添付 2. 不備	非課税証明	☐ 1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	☐ 1. 添付 2. 不備	長期入院証明	☐ 1. 添付 2. 不備
2 3 0 1 1 2 0 3			その他	☐ 1. その他 2. 処理票 （理由）			枚数	

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2 ページ

市区町村民税非課税などの低所得者用

減

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（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8	3 2 1	1（1.昭和 2.平成 3.令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
個人番号（マイナンバー）			⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ		
氏名	山田　太郎		
郵便番号（ハイフン除く）	1 2 3 4 5 6 7	電話番号（左づめハイフン除く）	0 9 0 X X X X X X X X
住所	東京 都 道 府 県 新宿区〇〇 1-2-3 △△ハイツ101		

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。

認定対象者欄

氏名（カタカナ）	ヤマダ　タロウ
生年月日	1（1. 昭和 2. 平成 3. 令和） 4 0 年 0 4 月 0 8 日
認定対象者は、長期入院されましたか。 ※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。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。	2（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、証明書類を添付してください。（詳細は「記入の手引き」をご確認ください。） 2. いいえ）

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。

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 府 県	
宛名		電話番号（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		被保険者との関係	
電話番号（左づめハイフン除く）		申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 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。
【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

被保険者郵便番号	照会を希望する人が書く 10	希望しない	✓ 11 マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑ を入れてください。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（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）	同時申請	1. 資格取得	1. 被扶養者異動届	1. 被保険者変更訂正		
添付書類	保護却下通知書	1. 添付 2. 不備	非課税証明	1. 前年度 2. 当年度 3. 両年度 4. 不備	所得証明	1. 添付 2. 不備	長期入院証明	1. 添付 2. 不備
			その他	1. その他 2. 処理票（理由）			枚数	

2 3 0 1 1 2 0 3

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ