

	常務理事	事務長	部長	課長	係
決裁					

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	記号・番号	-	事業所名	
	氏名		【*記号・番号記入の場合は不要です。】	
	個人番号			

適用対象者	氏名		続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	

送付先住所	〒 -	送付先住所
		TEL () -

交付必要期間 (入院予定期間などを記入してください。)	年 月 日 ~ 年 月 日
長期入院 (過去1年間の入院日数が90日を超えるもの)	該当 ・ 非該当

①～③は長期入院該当者として申請する場合のみ記入してください。

①	申請を行った月以前 1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請を行った月以前 1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	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)	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地	

三重県農協健康保険組合 理事長様
上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をします。
年 月 日
〒 -
住所
被保険者 TEL () -
氏名

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

① 「(非)課税証明書」の原本の添付
被保険者本人が市区町村民税非課税の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。
※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「(非)課税証明書」を添付してください。

②市区町村長からの証明
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

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されないことを証明する。 市区町村長名	㊟
-------------	--	---

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望
被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の住民票住所	(〒 -)
------------	--------