

	常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係
決裁						

# 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

被保険者	記号・番号	-	【*記号・番号が分からない場合は個人番号を記入してください。】									
	個人番号											
	氏名		事業所名									

適用対象者	氏名		続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月

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	日間	
		年	月	日まで		
	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	日間	
		年	月	日まで		
	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	日間	
		年	月	日まで		
	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	(〒 - )
------------	--------