

受付日付印

	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

1 2
被保険者(申請者)記入用

※マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
当組合の事務手続き完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。
また手続きが完了しましたら、認定内容を書面にて通知いたします。
※資格確認書をお持ちの方には認定証を発行いたします。

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都(道) 府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※認定証および通知書の送付先は原則被保険者住所となります。 事業所経由での交付を希望される場合は、下記「希望送付先」欄をご記入ください。					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月			
	療養する方は、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年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	➡ 「はい」と答えた場合、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ください。

希望送付先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 ※病院もしくは職場に送付の場合、住所に併せて部署名および科(課)名まで詳しくご記入ください。				
	住所	(〒 -)	都(道) 府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
	宛名				

※申請書受付日より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証は交付できません。

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに続きます。>>>

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

2

被保険者(申請者)記入用

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間							
	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						

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。

非課税者の情報	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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 _____ (印)
	<input type="checkbox"/> 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 〒 [] [] [] [] - [] [] [] []