

**限度額適用・
健康保険
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

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 提出

被保険者情報	記号	番号						
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	(〒 一)		(都) (道) (府) (県)	<input type="checkbox"/> 平成			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()		<input type="checkbox"/> 令和				
<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□)								

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 平成				
	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	→ 「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。	<input type="checkbox"/> いいえ			

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。							
	申請代行者の 氏名	被保険者との関 係		<input type="checkbox"/> 法定代理人	※戸籍謄本の添付が必要です			
	住所	生年月日		<input type="checkbox"/> 任意代理人	※委任状の添付が必要です			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。								

<ul style="list-style-type: none"> 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。 当組合の事務処理が完了次第、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。 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。 							
住所	(〒 一)		(都) (道) (府) (県)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					
宛名							

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

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

4 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

5 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

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付省略を削減しています。
認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税者
者の情報

診療月が
1月～7月の場合

「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の

郵便番号

〒

□ □ □ - □ □ □ □

市区町村名

診療月が
8月～12月の場合

「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の

郵便番号

〒

□ □ □ - □ □ □ □

市区町村名