

記入例

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

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 6年 12月 1日 提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号		
		1 2	3 4 5 6		
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
				年 月 日	3 4 1 2
	住所	(〒 623 - 0011)	京都	綾部市青野町膳所 1番地	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000			
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任)				
認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
				6年 5月 1日	
	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 checked="" 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。	

申請いただいた月の
1日から有効となります

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 <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です
	住所	(都 道 府 県)	生年月日	年 月 日		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				※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。

- ・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	(〒 -)	(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

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)	該当する方はご記入下さい	
	入院した 保険医療機関等	名称	月 日 日まで 日間
		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 〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
			市区町村名 <input style="width: 100%;" type="text"/>
	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 〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
			市区町村名 <input style="width: 100%;" type="text"/>