

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 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
	氏名	(フリガナ) -----				
	住民票住所	(〒 [][] - [][]) (都 道 府 県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][]) [][][][][][][][]				
☐ 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 (続 柄)	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 [][][][][][][]
		(続柄: [][])			
	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。					
☐ はい ☐ 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。					

注)市町村民税の「非課税証明書」および「福祉医療費受給資格者証(写)」を提出願います。

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		☐ 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です ☐ 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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 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所属部店へ送付しますが、休職中等特殊事由により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	

(注)ケガによる申請の場合は、「負傷原因届」を添付して下さい。

(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)	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。
認定にあっ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 〒	□□□□	ー	□□□□□□
			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 〒	□□□□	ー	□□□□□□
			市区町村名			