

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	記号	番号	生年月日	☐ 昭和	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)			☐ 平成			
				☐ 令和			
	氏名	(フリガナ) ゲンマ タロウ					
	群馬 太郎						
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	群馬 花子	生年月日	☐ 昭和	年	月	日
		(続柄: 妻)		☐ 平成				
				☐ 令和				
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	(〒	—	)	生年月日	☐ 昭和	年	月	日
		(都	道	府	県)	☐ 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	☐ 令和				
※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	(	)	特殊な事情が無ければ記入不要			
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				