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	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
氏名	（フリガナ）	生年月日　　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）　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	氏名	生年月日　　年　月　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。

☐ 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。

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	（〒　　ー　　）　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	（〒　　ー　　）　都道府県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

受付日付印

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