（R6.12）

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	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
被保険者等記号・番号	1	2345	

氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 55年 5月 5日
住所	○○○ ○○○○ 福岡 都 道 府 県 久留米市○○町○丁目○-○ ○○マンション101号		
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 健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 55年 5月 5日
療養予定期間	令和 6 年 4 月 ～ 令和 6 年 7 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	1. 昭和 2. 平成 3. 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	92 日間	
1 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	5年 6月 1日 から 5年 8月 31日まで	92 日間
入院した保険医療機関等	名称：聖マリア病院 所在地：久留米市津福本町422	
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：〒〇〇〇－〇〇〇〇 市区町村名：久留米市津福本町
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：