

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

# 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 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)	<input type="text"/>		生年月日	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
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	「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。	
			<input type="checkbox"/> いいえ		

「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。

申請代行者欄	申請代行者の 氏名	被保険者との関係	※委任状の添付が必要です			
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
					<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
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。				

・マイナ保険証を保有されている方(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	<input type="text"/>				

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
			市区町村名 <input 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 type="text"/> - <input type="text"/>
			市区町村名 <input type="text"/>