

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 7 年 8 月 6 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)	2 8	1 2 3 4		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 1 0 3 1 8
住所	(〒 650 - 0000) 兵庫 都道 府県 神戸市〇〇区△△通1-2	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△		
<input checked="" 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	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 2 0 2 0 1
	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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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			※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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	

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	92	日間													
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	6	年	9	月	5	日	から	6	年	10	月	26	日まで	52	日間
	入院した 保険医療機関等	名称	〇〇総合病院													
		所在地	東京都〇〇区△△1-2-3													
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	6	年	11	月	6	日	から	6	年	12	月	15	日まで	40	日間
	名称	〇〇総合病院														
	所在地	東京都〇〇区△△1-2-3														
	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
	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
	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
	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
	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