

決裁	年 月 日			
常務理事	事務長	課長	主任	扱

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

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)				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	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です。 ☐ 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
	住所	(〒 -) 都 道 府 県
	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	(〒 -) 都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()
宛名	

上記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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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				