

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

被保険者(申請者)記入用

1

2

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 (左づめ)	記号番号	記号番号が分からぬ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 2 3 4 1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 1 0 4 1 5
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 都道府県 港区〇〇1-1 〇〇マンション101	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567		
<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	健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 6 1 0 4 1 5
	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ります。			
<input checked="" 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。			

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	<input type="checkbox"/> 法定代理人、※戸籍謄本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人、※委任状の添付が必要です
	住所 (〒 一 都道府県)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
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。	

<ul style="list-style-type: none"> 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	(〒 一 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	○○ 日間					
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和〇 年 ○ 月 ○ 日 から 令和〇 年 ○ 月 ○ 日 まで			○○ 日間		
	入院した 保険医療機関等	名 称	○○○○病				
		所在地	○○○県○○市○○○区○○ ○-○○-○				
	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					
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						
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						
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		