

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
被保険者等記号・番号 (左づめ)
氏名 (フリガナ)
生年月日
住所
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
生年月日
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。
 はい  いいえ

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
住所
電話番号 (日中の連絡先)
TEL ( )
被保険者との関係
生年月日
※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
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)	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"/>