

添付書類: 被保険者の非課税証明書原本

4月から7月診療分について : 前年度の証明書
8月から翌年3月診療分について : 当年度の証明書

常務理事	事務長		担当者

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

健康保険 限度額適用・標準負担額認定申請書

令和 年 月 日

① 被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 	番号 	事業所名(会社名)		
	氏名 自署の場合は ㊦省略可	(フリガナ) ----- ㊦		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 	
	勤務先住所	(〒 -) (部署名) TEL ()				
	居所 (現住所)	(〒 -) TEL ()				

② 認定対象者欄	療養を受ける 方の氏名	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ます。 ☐ 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。			

③ 送付先欄	☐ ①に記入の勤務先への送付を希望 (被保険者以外への送付を希望する場合は部署名、氏名必須。) ☐ ①に記入の自宅(居所)を希望 (健保組合から社内便で送付可能な事業所へは社内便を優先させることがあります。) ☐ 下記への送付を希望 (医療機関への直接送付は対応できません。)	
	住所	(〒 -) TEL ()
	宛名	

④ 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。※申請代行者印は必須	
	申請代行者の 氏名・印	被保険者との関係 ☐ 事業所の健康保険担当者 ☐ 親族 ☐ その他 ()
	電話	申請代行の理由 ☐ 被保険者が入院中のため ☐ その他 ()

※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。

健保組合 使用欄	交付番号
	No
	交付期間
	~

健保確認印	健保受付印	回収日

健康保険 限度額適用・標準負担額認定申請書

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		