

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                   | 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<br>記号・番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>                                                                      | <input type="text"/> |
|                                                       | 氏名                      | (フリガナ)               | 生年月日                         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日                |
|                                                       | 住所                      | (〒 - )               | 都 道<br>府 県                   |                                                                                           |                      |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL ( )                 |                      |                              |                                                                                           |                      |
| <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☑) |                         |                      |                              |                                                                                           |                      |

|        |                                                                                                  |                 |                                                                                                              |                                                                                           |       |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 認定対象者欄 | 療養を受ける方                                                                                          | 氏名              | 生年月日                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 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。<br>※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。 |                 | <input 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<br>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<br><input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です |      |                                                                                           |
|        | 住所                                        | (〒 - )   | 都 道<br>府 県                                                                                  | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|        | 電話番号<br>(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。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

|      |     |    |    |   |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係 |
|      |     |    |    |   |

# 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<br>1年間の入院日数合計     | 日間  |   |    |    |   |     |     |    |
|                             | 1 申請を行った月以前<br>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<br>保険医療機関等             | 名 称 |   |    |    |   |     |     |    |
|                             |                             | 所在地 |   |    |    |   |     |     |    |
|                             | 2 申請を行った月以前<br>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<br>保険医療機関等             | 名 称 |   |    |    |   |     |     |    |
|                             |                             | 所在地 |   |    |    |   |     |     |    |
|                             | 3 申請を行った月以前<br>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<br>保険医療機関等             | 名 称 |   |    |    |   |     |     |    |
|                             |                             | 所在地 |   |    |    |   |     |     |    |
| 4 申請を行った月以前<br>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<br>保険医療機関等             | 名 称                         |     |   |    |    |   |     |     |    |
|                             | 所在地                         |     |   |    |    |   |     |     |    |
| 5 申請を行った月以前<br>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<br>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<br>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<br>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 |   |                      |   |                      |