

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

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	
	被保険者等の	560	1111	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和 601010
	住所	(〒 222 - 0000) 神奈川県 横浜市○○区○○1-1 △△ハイツ103	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (XXXX) XXXX
☒ 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	健保 花子	生年月日	☒ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和 6087
	療養予定期間	令和 6 年 12 月 ~ 令和 年			
	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		

【認定対象者欄】

療養する方が長期入院された場合は
2/2 ページ【長期入院欄】を必ず
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	☐ 事業所担当者 ☐ その他(委任状を添付のこと)	
	住所	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できない ☐ その他	
	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	(〒 210 - 0000) 神奈川県 川崎市○○11-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 044 (XXXX) XXXX
宛名	株式会社○○

【希望送付先】

入院され、自宅で受療証の受け取りができない場合
などにご記入ください。また、不備等により書類を
お返しする場合もこの送付先に送付します。

交付日			
-----	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

長期入院欄

申請を行った月以前
1年間の入院日数合計

87 日間

1 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

6 年 3 月 1 日 から 6 年 4 月 30 日まで 61 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

〇〇総合病院

所在地

神奈川県△△市22-2

2 申請を行った月以前
1年間の入院期間(日数)

6 年 6 月 10 日 から 6 年 7 月 5 日まで 26 日間

入院した
保険医療機関等

名 称

〇〇総合病院

所在地

神奈川県△△市22-2

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 〒 2 2 2 - 0 0 0 0

市区町村名 △△市〇〇区

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