

健保決裁欄	常務理事	事務長	係員	係員

処 理 結 果		
証 交 付 日	年	月 日
発効年月日	年	月 日
有効期限	年	月 末日
適用区分		月額

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

(注) 消える筆記用具(鉛筆やフリクションペン等)では記入しないでください。

被保険者情報	被保険者等 記号 - 番号	1324 -	社員No.		記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。					
	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	氏名									
認定対象者	住所	(〒 -)			携帯	()				
	療養を受ける方 (被保険者の場合、)	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日			
			被保険者との続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女					
	療養予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	第三者行為による療養ですか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ								
	療養する方は、長期入院をされましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日をこえて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課せられていない期間の入院に限ります。	<input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合、「長期入院欄」をご記入ください。 <input type="checkbox"/> いいえ								
長期入院欄	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	入院をした医療機関等 名称		所在地						
	① R 年 月 日 日間									
	② R 年 月 日 日間									
	③ R 年 月 日 日間									
<p>・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。</p>										
	住所	(〒 -)			☎ (日中の連絡先)	()				
	宛名									
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 <input type="checkbox"/> 任意代理人	※戸籍謄本の添付が必要 ※委任状の添付が必要					
	住所	〒 -	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	電話番号 (日中連絡先)	-	-	※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。						

【添付書類】 被保険者(本人)の住民税の(非)課税証明書を添付してください。

診療月が1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の証明書
診療月が8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の証明書