

理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係員

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号・番号		—			
被保険者	氏名 (署名)				事業所名称
	生年月日	年	月	日	
対象者	氏名				被保険者との続柄
	生年月日	年	月	日	性別
被保険者(減額対象者)の住所 日中連絡の取れる連絡先		〒	—		
		TEL ( )	—		

長期入院	該当 ・ 非該当	当てはまる方に○をつけ、該当の場合は以下の欄にも記入してください。
------	----------	-----------------------------------

※長期入院は、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。

※ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。				入院日数合計 ( 日間)	
①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険 医療機関等	名称	所在地		
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険 医療機関等	名称	所在地		
③	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	入院をした保険 医療機関等	名称	所在地		

以下①～③のいずれかの方法により非課税者の確認が必要です。該当するものに☑をしてください。

①「(非)課税証明書」の原本の添付  
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。  
※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の「(非)課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明  
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は 年度の 市区町村長名	(印)
市区町村民税が課されないことを証明する。		

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の証明をしてください。

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望  
被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の 住民票住所	(〒 - )
----------------	--------

※診療月が1月～7月の場合は前年1月1日の住所を記入してください。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

※欄は記入しないでください。

組合記入欄	発効年月日	※	令和 年 月 日	適用区分	※
	有効期限	※	令和 年 月 日		