

| | | | | | |
|-----|------|-----|----|----|----|
| 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 | | |