

健康保険組合記入欄				
常務理事	事務長	担当者	認定証交付日	適用区分

事業所 担当者

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者用)

被 保 険 者	被保険者等	記号	番号
	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	住所	〒 - TEL - -	
	事業所 名称		
適 用 対 象 者	療養を 受ける方の 氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	第三者 行為	<input type="checkbox"/> 1. はい 傷病の原因は第三者行為（交通事故、ケンカ等）によるものですか？ <input type="checkbox"/> 2. いいえ ※第三者行為による傷病の場合は、事前に健保組合までご連絡ください。	
	療養 予定期間	<input type="checkbox"/> 1. 入院 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 通院	
	長期入院	※ 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。 (但し、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) <input type="checkbox"/> 1. はい ⇒ 2ページ目の「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。 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	送付先	※ 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。 当健康保険組合へ申請いただき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。 ※ マイナ保険証を利用されていない方（資格確認書をお持ちの方）には、認定証を発行します。 ご希望の送付先にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 1. 事業所 : 事業所担当者経由で送付いたします。（緊急以外はこちらをご選択ください。） 緊急の場合 <input type="checkbox"/> 2. 被保険者 : 被保険者住所に送付いたします。 <input type="checkbox"/> 3. その他 : ご指定の住所に送付いたします。以下の欄にご記入ください。 宛名 住所 〒 -	
申 請 代 行 者	代行者 氏名	※被保険者または療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。 代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他（【】に理由を記載） 【 】	
	日中連絡先	TEL - -	被保険者 との関係

上記のとおり、健康保険限度額適用・標準負担額の額減認定を申請します。

令和 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

受付印

【注意事項】

- ・認定証の発効年月日は申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。
- ・申請書受付月以前の認定証は交付できません。緊急入院等の理由で申請できなかった場合は別途ご相談ください。

長期入院記入欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日間							
	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	～	年	月	日	日間
	①	入院した 医療機関等	名 称							
			所在地							
	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	～	年	月	日	日間
	②	入院した 医療機関等	名 称							
			所在地							
	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	～	年	月	日	日間
	③	入院した 医療機関等	名 称							
			所在地							
申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	～	年	月	日	日間	
④	入院した 医療機関等	名 称								
		所在地								
申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)		年	月	日	～	年	月	日	日間	
⑤	入院した 医療機関等	名 称								
		所在地								

※ 市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書の添付が必要です。

市区町村長 証明欄	当該被保険者（氏名	）は（	年度）の市区町村民税が課されないことを証明する。
	（市区町村長名）		(印)

■ 添付書類 ■

● 住民税非課税の方

被保険者の住民税の非課税証明書原本（申請書の証明書欄に記載を受けた場合は不要）

※ 4月～7月診療分については、「前年度の課税に関する証明」

※ 8月～翌年3月診療分については、「当年度の課税に関する証明」

（例） ・令和3年度8月診療分～令和4年7月診療分：令和3年度（令和2年中収入）の証明書

● 長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えて入院）される方

入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書など）