

健康保険 限度額適用・ 標準負担額減額認定 申請書	常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者
	市区町村民税非課税者などの低所得者用					

◇ 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しましたら、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、認定証を発行いたしますので、医療機関等の窓口にて提示してください。

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称							
	氏名	(フリガナ)			生年月日	年 月 日					
	住所	〒 ー			電話番号 (日中の連絡先)	()					
					提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)					
認 定 対 象 者	認定証を 使用される方	氏名	続柄			生年月日	年 月 日				
	傷病名(注1)	(受診することとなった原因： ケガ・ケガ以外)									
	療養予定期間 認定証を必要とする 期間(注2)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
	長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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です。(該当の場合は下欄をご記入ください。)								
	①申請日前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日から	日間	医療機関名	所在地				
	②申請日前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日から	日間	医療機関名	所在地				
	③申請日前1年間の 入院期間(日数)	年	月	日から	日間	医療機関名	所在地				

注1：傷病名がケガ(骨折・捻挫・打撲・火傷等)の場合または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」(申請書一覧：給-16)を添付してください。
第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので組合にご連絡ください。

注2：限度額適用認定証は申請書の受付月の初日より最大1年間の有効期限を設定し交付します。受付月の前月に遡って発行することはできません。

希 望 送 付 先	希望送付先へ○ をつけてください (注3)	被保険者住所	事業所住所	その他
	送付先が被保険者 住所以外の場合にご 記入ください	〒 ー	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者 との関係		

注3：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が 証明する欄(注4)	当該被保険者は、令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和 年 月 日	市区町村長名	印
--------------------	--	--------	---

注4：4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明となります。

【限度額適用・標準負担額減額認定証の申請における注意事項】

◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

◎ 「70歳未満：区分ア・区分イ」および「70歳以上：標準報酬月額28万円以上の現役並み所得者」に
該当する場合は、市区町村民税が非課税であっても低所得者にはなりません。

◎ 下記の①～④に該当した場合は、認定証をすみやかに返却してください。

①被保険者が資格喪失したとき ②適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
③認定証が有効期限に達したとき ④認定証に記載された認定条件に該当しなくなったとき

◎ 認定証の交付をお急ぎの方は返信用封筒を添付してください。(通常は普通郵便での送付となります)

※健保組合記入欄
証発行 あり ・ なし

受付日付印