発効年月日	令和　　年　　月　　日
有効期限	令和　　年　　月　　日
適用区分	オ　・　Ⅰ　・　Ⅱ

常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

市区町村民税非課税などの低所得者用

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書　①

申請書は①・②の2枚あります。②の記載が必要な方は、2枚とも提出してください。
※②の注意事項をお読みください。

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号		記号	番号	事業所 名称	
被保険者	氏名				
	生年月日	昭和・平成　年　月　日		適用対象者	被保険者・被扶養者
適用対象者 ※被保険者の場合は不要	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			
被保険者(適用対象者)の住所		〒　　TEL			
交付必要期間(入院予定期間等を記入)		令和　年　月　～　令和　年　月			
記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。				☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)	
備考欄					
長期入院	該当・非該当	※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。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。			

ここから下は長期入院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	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで	日間
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

受付年月日

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 ②

市区町村民税非課税などの低所得者用

被保険者氏名	

申請代行者欄				
申請代行者は、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	1. 法定代理人※戸籍謄本の添付が必要です 2. 任意代理人※委任状の添付が必要です	
住所	〒	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
電話番号（日中の連絡先）	TEL	※委任状には受任者の氏名、生年月日及び住所の記載が必要です		

認定証は原則として被保険者の住所に送付しますが、別の住所へ送付を希望される場合は、以下へ送付先をご記入ください。	
住所	〒
宛名	電話番号

注）

市区町村長が証明するところ	
当該被保険者は　　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	㊞

注意事項

- **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。資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。**
- **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。**

- 市区町村民税が非課税となっている方は、市区町村民税非課税証明書を添付してください。
  なお、注）の欄に証明を受けた場合はその必要はありません。
  ※ 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、当年度の課税に関する証明が必要です。

- 長期入院該当者として申請する方は、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など）を添付してください。

次の場合は、限度額認定証を返納していただきます。

- 被保険者が資格を喪失した場合。
- 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった場合。
- 有効期限に達した場合。
- 被保険者が適用区分欄に表示された区分に該当しなくなった場合。
  （適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったときを含む。）
- 後期高齢者医療の被保険者となった場合。