

起案	年	月	日	常務理事	総務部長	課長	係
適用区分		長期入院	該当・非該当				
発効年月日	令和	年	月	日			
有効期限	令和	年	月	日			

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などの低所得者用

被保険者欄	被保険者証の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	現住所	〒						
	電話番号	TEL ()						
	1月1日の住民票住所 (上記住所と同じ場合は記載は不要です)	〒						
住所と別のところに送付を希望する場合、ご記入ください	住所	〒						
	宛名	TEL ()						

認定対象者	療養を受ける方	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		性別	男・女	被保険者との続柄				
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
療養する方は、長期入院されましたか。				<input type="checkbox"/> はい	「はい」と答えた場合、下記の長期入院欄に申請日の前1年間の入院期間をご記入ください。			
*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です。				<input type="checkbox"/> いいえ				

長期入院欄	①	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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	申請日の前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		

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。

当組合より、マイナンバー制度を利用した情報連携により市区町村民税が課されていないことを確認しますが、確認できなかった場合等、非課税証明書の提出を求められる場合がございます。あらかじめご了承ください。

受付年月日

【添付書類】 ・長期入院(申請日の前1年間に入院期間が90日を超える場合)による申請をする場合は、入院期間を確認できる領収書等
・非課税証明書(健康保険組合で市区町村民税が、課されていないことが確認できなかった場合)