

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 グループ統括 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

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(申請者)情報
被保険者等記号・番号(右づめ)
氏名
住所
電話番号(日中の連絡先)
TEL ( )
 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

認定対象者欄
療養を受ける方 氏名
生年月日
療養予定期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月
療養する方は、長期入院されましたか。
 はい  いいえ
認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。「はい」と答えた場合、2ページ「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。

申請代行者欄
「申請代行者欄」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
住所
電話番号(日中の連絡先)
被保険者との関係
生年月日
※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。

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。
資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
住所
電話番号(日中の連絡先)
TEL ( )
宛名

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付書類を削減しています。認定にあたって非課税証明書の添付を省略される場合、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税者の情報
診療月が1月~7月の場合
「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号 〒 ( ) - ( )
市区町村名
診療月が8月~12月の場合
「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号 〒 ( ) - ( )
市区町村名

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

※組合記入欄
マイナ証紐づけ 有・無
資格確認書 有・無
年 月 日
7月末

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などの低所得者用

1ページ目の認定対象者欄「療養する方は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者等 記号・番号		認定対象者氏名	
----------------	--	---------	--

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日間							
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間
	入院した 保険医療機関等	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">名 称</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所在地</div>							
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間
	入院した 保険医療機関等	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">名 称</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所在地</div>							
	3 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間
入院した 保険医療機関等	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">名 称</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所在地</div>								
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">名 称</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所在地</div>								
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年	月	日	から	年	月	日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">名 称</div> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所在地</div>								