

市町村民税非課税
などの低所得者用

12

被保険者記入用

事務長	部長	課長	係長	主任	係

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9999	66		
	氏名	(フリガナ) ケンポ ダイスケ 健保 大介	生年月日	元号 昭和	年 6 月 1 日 0 2 2
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都道府県 〇〇市〇〇町〇番〇〇	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	
☐ 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	氏名	生年月日
	(フリガナ) ケンポ ナツコ 療養を受ける方の 健保 夏子	元号 昭和 年 6 月 2 日 0 3 0 5
	申請を受けた ことがある方	発効 年月日 年 月 から 年 月 まで 証の返却はされましたか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 添付
	療養をする方は、長期入院されましたか。 ※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、市区町村民税が課税されていない期間の入院期間に限ります。	☒ はい ☐ いいえ → 「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2年間の入院期間をご記入ください。

・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信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。

希 望 送 付 先	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都道府県 〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000
	宛名	〇〇〇農業協同組合

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。	
	氏名	申請代行 の理由 ☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため。 ☐ その他 []
	被保険者との関係	
	電話番号 (日中の連絡先)	

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額認定証の交付を申請します。 令和 〇 年 12 月 1 日

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

確認日付印

市町村民税非課税
などの低所得者用

被保険者記入用

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

長期入院欄	申請を行った以前 1年間の入院日数合計		92 日間	
	1	申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和 〇 年 8 月 6 日から 令和 〇 年 9 月 26 日まで 52 日間	
		入院した保険医療機関	名 称 ○○○病院 所在地 愛知県○○市○○町○丁目○番地	
	2	申請を行った月以前 1年間の入院期間（日数）	令和 〇 年 11 月 6 日から 令和 〇 年 12 月 15 日まで 40 日間	
		入院した保険医療機関	名 称 ○○○病院 所在地 愛知県○○市○○町○丁目○番地	
	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	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）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		入院した保険医療機関	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）	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
入院した保険医療機関		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。
当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付省略を削減しています。
認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入して下さい。

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	