

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

2

2

被保険者(申請者)記入用

1 令和〇年〇月〇日

※マイナンバーカードが利用されている方（盗用防止をお待ち下さい）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、マイナンバーによる受診料に該当する情報が反映されます。
 ※医療機関等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へ記入した住所へ送付しますが、郵送住所へ送付が希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

⑥ 住所	〒 110 - 0000	東京 〇 区 台 東 区 〇 〇 × - × - ×
電話番号 (10桁の番号)	TEL 090 (1234) 〇〇〇〇	
病名	△△病院 × × 科 〇 〇 号 室 健 保 太 郎	

 $\frac{1}{2}$

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

限度額適用・標準負担額認定申請書 記入例

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 住所等用

1 2

被保険者(申請者)記入用

医療入院療養	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	日数	
	1 申請を行った月以前 1年間の入院日数(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日数
	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年間の入院日数(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日数
	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年間の入院日数(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日数
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年間の入院日数(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日数	
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年間の入院日数(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日数	
入院した 保険医療機関等	名 称 所在地		

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ください。

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

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ⑧ 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に郵便番号をご記入いただくか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

注1：診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。

注2：診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。