非課税者用

※組合使用欄

マネジャー	ｱｼｽﾀﾝﾄﾏﾈｼﾞｬｰ	ﾁｰﾑﾘｰﾀﾞｰ	スタッフ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額申請書

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号　　番号 ―	被保険者氏名 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令　年　月　日
	被保険者の現住所	〒□□□－□□□□	日中連絡のとれる電話番号	自宅　－　－ 携帯　－　－
	本人確認欄	□　この申請書を作成したのは申請者本人（被保険者）です　**※忘れずに☑を記入ください**		

認定対象者	療養を受ける方	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
		被保険者との続柄	性別　男・女	本人は資格取得日	昭・平・令　年　月　日
				家族は扶養認定日	昭・平・令　年　月　日
	〔入院の方のみ〕入院(予定)期間 ※退院日が未定の場合は入院日のみ記入	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			
	原因 ※該当項目に○を記入	1．病気　2．出産 3．怪我（自損・交通事故・暴行、傷害）　4．その他（　　）			
	「3.」怪我のとき具体的な状況	(例　○月○日、休日に自宅階段から単独で転倒し負傷　等)			

長期入院欄	入院の有無	申請日現在、91日以上入院していますか。	入院している(入院日数合計　日間)・入院していない
	「入院している」に該当する方は申請日前1年間の入院状況を記入	入院期間	平・令　年　月　日から　平・令　年　月　日まで　日間
		医療機関等の名称	所在地
		入院期間	平・令　年　月　日から　平・令　年　月　日まで　日間
		医療機関等の名称	所在地

※「入院している」に該当する方は**入院期間を証明する書類**（入院期間の記載された保険医療機関の領収証等）を添付して下さい。

【窓口交付欄】(郵送時は記入不要)　被保険者以外の方が認定証を組合窓口で受理するときは下記委任欄へ記入済の申請書をご持参ください。

委任欄	私は右記の者に健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の受理を委任します。 被保険者氏名＿＿＿＿＿＿　代理人氏名＿＿＿＿＿＿(関係：　　)

【被保険者自宅住所と異なる住所への送付を希望するとき】　下記へ送付先を詳細にご記入ください。

送付先	住所	〒　－	
	宛名	(関係：　　)	連絡先　－　－

備考	

受付日付印

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。
有効期限経過後は速やかに組合へ返却します。
令和　年　月　日

【非課税証明欄】下欄に市区町村長の証明を受けるか、別紙で非課税証明書を添付して下さい。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には＿＿＿＿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＿＿＿＿＿＿

※**4～7月受診分は前年度の証明を、8～翌年3月受診分は当年度の証明**を受けて下さい。

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	