

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	常務	事務局長	部長	課長	課長補佐	係長	係

市区町村民税非課税者等の方はこちらを申請することによって、減額認定を受けることができます。
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)には認定証を交付いたしませんが、マイナ保険証にて医療機関等を受診する際には、減額認定の情報が反映されます。
資格確認書にて医療機関等を受診する方には認定証を交付いたしますので、医療機関等の窓口にて提示してください。

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。 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	住所	〒	—	電話番号 (携帯電話)	()	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業主経由(委任)する場合は✓)							

認定対象者	療養を受ける方 認定証を 使用される方	(フリガナ)	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日
	長期入院(注2)	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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期間に限ります。(該当の場合は下欄をご記入ください。)				
	①申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間	医療機関名			
		令和 年 月 日まで		所在地			
	②申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間	医療機関名			
	令和 年 月 日まで		所在地				
③申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間	医療機関名				
	令和 年 月 日まで		所在地				

注1: 認定証は、原則、申請書受付月の1日から有効となります。ただし、長期入院該当者の場合は、申請書受付月の翌月の1日から有効となります。
 注2: 長期入院該当者は上記の入院期間を確認できる書類(医療機関等の領収書等)を添付してください。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (携帯電話)	()
	宛名				被保険者 との関係		

※医療機関等を希望する場合は、事前に医療機関等に送付可能をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が証明する欄	当該被保険者は、令和 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	印
------------	---	---

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄