組合処理欄							
交付年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	業務課長	担当者	被扶養者	
発効年月日	令和　年　月　日						
有効期間	令和　年　月末						
報酬月額	月　千円　月　千円	適用区分	オ・Ⅰ・Ⅱ	長期入院	該当・不該当		

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

≪ 被保険者が市区町村民税非課税などの低所得者用 ≫

被保険者等記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	整理番号	
			－		

被保険者欄					
氏名		事業所	名称		
生年月日	昭・平　年　月　日生		所在地		
住所・電話番号（日中の連絡先）	〒　－　　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				
氏名		被保険者との続柄		
生年月日	昭・平・令　年　月　日生	性別	男・女	
療養の原因	病気・出産・外傷　→「外傷」の療養で申請するときは、添付書類が必要です。（≪注意事項≫の5.参照）			
療養予定期間（申請期間）	令和　年　月 ～ 令和　年　月 ※ 最長で、申請月の初日から初めて到来する7月末日までです。	【ご注意ください！】 申請書の受付月の初日より前に遡って認定証交付はできません。		
療養する方は、「**長期入院**」されましたか？ ※「長期入院」とは、この申請を行なった月以前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、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	☐ はい　→「はい」の場合、裏面の「長期入院欄」に、申請を行った月以前1年間の入院期間を記入してください。 ☐ いいえ			

申請代行者欄				
氏名		被保険者との続柄	事務担当者・家族（続柄　　） その他（　　）	
住所・電話番号（日中の連絡先）	〒　－　　連絡先TEL　－　－			
申請代行の理由	1．被保険者本人が入院中で、外出をすることができないため。 2．その他：			

認定証の送付先 1.～3.の場合は、住所等の記載の必要はありません。	1．被保険者あて，　2．事業所あて，　3．申請代行者あて（※） 4．認定対象者あて → 対象者が遠隔地先や入院中の病院あて等のとき。病院の場合は、名称・病棟・病室も記載。 〒　－　　連絡先TEL　－　－

- 認定証は原則として被保険者欄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、上に送付先をご記入ください。
- 申請代行者が被保険者と同じ住所のときには、被保険者あてに送付いたします。
- 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）も、申請があった場合は認定証を発行します。
- 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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

長期入院欄				
	申請を行なった月以前１年間の入院合計日数		日間	→ 長期入院でされ申請するときは、添付書類が必要です。（≪注意事項≫の 2. 参照）
	①	申請日前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	
		入院をした医療機関等の	名　称	
			所在地	
	②	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	
		入院をした医療機関等の	名　称	
			所在地	
	③	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	
		入院をした医療機関等の	名　称	
			所在地	
	④	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	
		入院をした医療機関等の	名　称	
			所在地	
	⑤	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	
		入院をした医療機関等の	名　称	
			所在地	

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。
また交付された認定証は、有効期限経過後はすみやかに組合へ返納いたします。

受　付　印

令和　　年　　月　　日 提出

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。
認定にあっ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				
	診療月が1月～7月の場合	「誕生月の前年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	「誕生月の当年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号	〒　　－
			市区町村名	

≪注意事項≫

1. 被保険者が市区町民税非課税で、以下①･②のいずれかに該当する方は低所得者として医療費の自己負担限度額が軽減されます。
   ① 適用対象者が 70 歳未満で、被保険者の標準報酬月額が 50 万円以下の方
   ② 適用対象者が 70～74 歳で、「高齢受給者証（1 割負担または 2 割負担）」をお持ちの方
   ※ 非課税情報はマイナンバーを利用して健保組合が取得します。
2. 該当者が申請日前の直近 1 年間の入院日数が 90 日を超える場合
   【添付書類】 **入院期間を証明する書類**（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書(写)など）。
3. 「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方
   【添付書類】 『限度額適用・標準負担額減額認定該当』と記載された「**保護却下通知書**」もしくは「**保護廃止決定通知書**」
4. 申請対象者の続柄は、被保険者の場合は「本人」、被扶養者の場合には「妻」「長男」「二女」「実夫」「義母」などとご記入ください。
5. 外傷が原因で療養を受けて認定証を申請するときは、この申請書の他に負傷原因の届出が必要となります。この場合は、勤務先のご担当者か、健康保険組合（℡043-241-6412）までお申し出ください。 （負傷した原因によって、届出いただく様式が異なります。）
6. 療養予定期間は、必ずご記入ください。なお、認定証の発効年月日は、申請のあった日（受付日）の属する初日からとなりますのでご注意ください。ただし、申請月があらたに被保険者の資格取得をした方または被扶養者となった方は、当該資格の取得日または被扶養者認定日からとなります。
7. 入院期間などが予定より延びて、交付した認定証の有効期限をさらに延長するときは、あらたに申請書を提出してください。