

|                          |                    |     |      |      |    |     |
|--------------------------|--------------------|-----|------|------|----|-----|
| 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 | 常務理事               | 事務長 | 業務部長 | 業務課長 | 係長 | 担当者 |
|                          | 市区町村民税非課税者などの低所得者用 |     |      |      |    |     |

|       |    |   |   |   |     |     |      |
|-------|----|---|---|---|-----|-----|------|
| 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 健保  | H・R | 月/月額 |
|       |    |   |   |   | 記入欄 | H・R | 月/月額 |

|        |       |        |    |      |  |     |   |   |
|--------|-------|--------|----|------|--|-----|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号     | 番号 | 生年月日 | 昭和・平成・令和   | 年   | 月 | 日 |
|        | 氏名    | (フリガナ) |    |      |  |     |   |   |
|        | 住所    | 〒      |    |      | -  |     |   |   |
|        | 事業所名称 |        |    |      | 電話番号<br>(日中の連絡先)   | ( ) |   |   |
|        |       |        |    | 提出委任 | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。<br>(事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) |     |   |   |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

|                       |                       |                        |   |        |    |              |             |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|---|--------|----|--------------|-------------|
| 認定対象者                 | 受診者<br>認定証を<br>使用される方 | 氏名                     | 続柄  | 療養予定期間 | 令和 | 年            | 月           |
|                       |                       | 生年月日                   | 昭和・平成・令和  | 年      | 令和 | 年            | 月           |
|                       | 傷病名                   | (受診することとなった原因：ケガ・ケガ以外) |   |        |    |              |             |
|                       | ケガが原因<br>の場合(注2)      | いつ                     | 平成・令和   | 年      | 月  | 日( )         | そのとき<br>の状況 |
|                       |                       |                        | 私用中・休日中・通勤途中・業務中  |        |    |              |             |
|                       | 長期入院                  | 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。<br>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<br>入院期間(日数) | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日から    | 日間 | 医療機関名<br>所在地 |             |
|                       | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日まで    |    |              |             |
| ②申請日前1年間の<br>入院期間(日数) | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日から    | 日間 | 医療機関名<br>所在地 |             |
|                       | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日まで    |    |              |             |
| ③申請日前1年間の<br>入院期間(日数) | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日から    | 日間 | 医療機関名<br>所在地 |             |
|                       | 平成・令和                 | 年                      | 月   | 日まで    |    |              |             |

注1:認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2:原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 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(注3) | 〒 | -                |     |              |  |  |
|       |        |   | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( ) |              |  |  |
|       | あて名    |   |                  |     | 被保険者<br>との関係 |  |  |

注3:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 申請代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限りです。

|       |         |                                    |   |  |                  |  |  |
|-------|---------|------------------------------------|---|--|------------------|--|--|
| 申請代行者 | 氏名・印    |                                    |   |  | 被保険者<br>との関係     |  |  |
|       | 住所      | 〒                                  | - |  |                  |  |  |
|       | 申請代行の理由 | 1.被保険者本人が入院中で外出できないため。<br>2.その他( ) |   |  | 電話番号<br>(日中の連絡先) |  |  |

○ 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<br>証明する欄 | 当該被保険者は、平成・令和        | 年度の | 市区町村長名 | 印 |
|                | 市区町村民税が課されないことを証明する。 |     |        |   |

注: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。

使用されなくなった場合や有効期限を過ぎた場合は、限度額適用・標準負担額減額認定証を健保組合まで返納してください。

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。) | 受付日付印 |
|                                       |       |

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

|                       |
|-----------------------|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |
|-----------------------|