

常務理事	事務長			係

健康保険 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

1



被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
		—	(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒	—		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事 業 所	名称	所在地		
		〒	—	
	所属	(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など		
		—	—	

減 額 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	被保険者との続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	住所	〒 —		
	標準負担額の減額の別	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者 <input type="checkbox"/> 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者		
長期入院	※長期入院とは、申請を行った月以前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。		<input type="checkbox"/> 該当 → 「該当」の方は、2ページ目の表をお書きください <input type="checkbox"/> 非該当	

希 望 送 付 先 ※ご希望の送付先を 指定してください	<input type="checkbox"/> 上記被保険者住所に送付			
	<input type="checkbox"/> 所属先に送付		※所属先の健保担当窓口経由で送付します。 所属は支社単位、本社所属窓口は管理室庶務課です	
	<input type="checkbox"/> その他	宛名		被保険者からみた続柄
		住所	〒	—

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

※この申請用紙は2枚1組です。2枚目へお進みください。

		入院合計日数	日間
申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院した保険医療機関等	
①	令和 年 月 日 から	日間	名称
	令和 年 月 日 まで		所在地
②	令和 年 月 日 から	日間	名称
	令和 年 月 日 まで		所在地
③	令和 年 月 日 から	日間	名称
	令和 年 月 日 まで		所在地
④	令和 年 月 日 から	日間	名称
	令和 年 月 日 まで		所在地
⑤	令和 年 月 日 から	日間	名称
	令和 年 月 日 まで		所在地

令和 年 月 日

- ・ 資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。
- ・ 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)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、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

市区町村証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。
	<p>当該被保険者(氏名)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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">市区町村長名 印</p>