

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 300	番号 123456	フリガナ ケンボ (氏) 健保	フリガナ マサオ (名) 正夫
	住所 〒131-0031 東京都墨田区墨田〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		生年月日 昭和 40年5月17日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	名称 総合警備保障株式会社		所在地 〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
	所属 〇〇〇支社 □□□営業所		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など 事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください	

減額対象者欄	療養を受ける方	氏名 健保 春子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 41年9月22日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄 妻
	住所	〒131-0031 東京都墨田区墨田〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		
	標準負担額の減額の別	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 91 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 6 年 5 月 10 日 から	77 日間	名称 ○○総合病院
	令和 6 年 7 月 25 日 まで		所在地 新宿区新宿○-○-○
②	令和 6 年 8 月 7 日 から	14 日間	名称 △△中央病院
	令和 6 年 8 月 20 日 まで		所在地 世田谷区世田谷○-○-○
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。

市区町村証明欄	<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>
---------	--