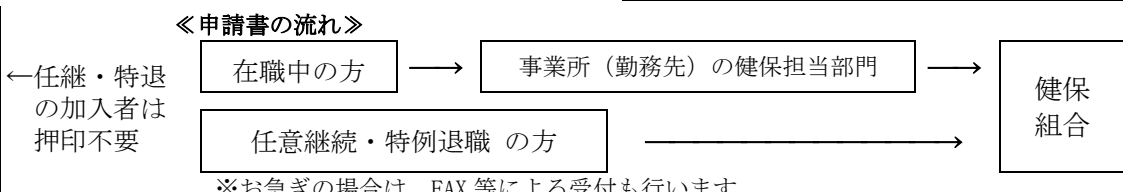


(住民税非課税者用)

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

健保組合決済		
GL	担当者	担当者

事業所担当者 確認印



※お急ぎの場合は、FAX 等による受付も行います。

- ※被保険者が「住民税非課税者」に該当している場合、申請できます。
- ※非課税登録の有効期限は、申請日の属する月の1日～最初の7月31日までです。
(8月1日以降も認定証が必要な場合、改めて新年度の非課税証明を添付した申請が必要です)
- ※「認定証」の交付については、2025年12月2日以降は、「資格確認書」をお持ちの方のみ交付します。
- ※認定証が交付されない方にも健保での登録完了の案内を送付します。また、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。

下記のとおり『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。

被保険者等		申請日(記入日)	令和 年 月 日	
記号	番号	被保険者氏名		
診療を受ける方	氏名	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
月初の申請で「前月1日～有効」の認定証が必要な方は右欄の「希望します」に○を付けてください→			前月1日～有効の認定証を 希望します	
被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。				備考欄

長期入院 (過去1年間に入院期間が90日以上)	非該当・該当 --↓
以降は『長期入院該当』として申請する方のみ記入	入院日数合計 (日間)
※下記の入院日数が確認できる書類を添付(写し可) ※既に減額認定証の交付を受けている方は認定証も添付(同期間中の場合、非課税証明は添付不要)	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	入院をした保険医療期間等
① 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称
	所在地
② 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称
	所在地
③ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	名称
	所在地

<送付先について>

- * 任意継続・特例退職の方は、必ず送付先住所をご記入ください。
- * 在職中の方は記入不要です。社内メール等により各事業所担当者様経由で送付いたします。但し、ご本人が入院・緊急の申請等の事情により事業所経由での交付が難しい場合に限り、ご希望の送付先(ご自宅・ご実家等)へ認定証を郵送しますので送付先住所をご記入ください。

送付先	住所：〒 _____
	宛名： _____
	TEL： _____

※添付書類…被保険者が非課税であることがわかる市区町村発行の証明書等(写し可)
例)非課税証明書・住民税の通知(市民税・県民税特別徴収税額の決定・変更通知書)
一月～七月の申請は「前年度」・八月～十二月の申請は「当年度」の証明を添付してください。