

同年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

## 健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

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。

以下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。 令和 年 月 日

被保険者等 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
記号	番号				
被保険者	氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
事業所名称			被保険者の住所		
対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄

療養する方は長期入院されましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<small>※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です。</small>		<small>「はい」と答えた場合、「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。</small>	
申請を行った月以前1年間の入院日数合計		日間	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	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 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	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 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

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	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
	市区町村名		
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
		市区町村名	

