

# 記入見本

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。ぜひ、マイナンバーカード(マイナ保険証)をご利用ください。

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用・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 2

被保険者(申請者)記入用

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 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者情報	記号	マイナンバーは絶対に記載しないでください。 被保険者等の記号番号が不明な場合お問い合わせ下さい。		イナンバーを記入してください
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	XX	1 2 3 4	
	氏名	(フリガナ) アコム タロウ	必ず本人が自署してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 123 - 4567 )	〇〇 府 〇〇 市 〇〇1-2-3	年 月 日 XXXXXX
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

認定対象者欄	療養を受ける方 氏名	阿込 健蔵	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 XXXXXX
	療養予定期間	令和 XX 年 XX 月 ~ 令和 XX 年 XX 月			
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、2ページ「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。		

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。				
	申請代行者の 氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍簿本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です		
	住所	(〒 - )	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。		

・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。		
・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。		
住所	(〒	無記入の場合には、 <u>在職者は所属へ、任継者は登録住所へ特定記録郵便にて送付します。</u> 入院先等へ送付希望の場合は、病院が受け取り可能であることを必ず確認した上で記入してください。
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	
宛名		

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 限度額適用・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

2

被保険者(申請者)記入用

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	○○ 日間	
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	令和 XX 年 XX 月 XX 日から 令和 XX 年 XX 月 XX 日まで	□□ 日間
	入院した 保険医療機関等	名称 ◇◇◇◇◇病院	
		所在地 ○○県 ○○市 ○○○○999	
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		
3 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		
4 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した 保険医療機関等	名称		
	所在地		
5 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した 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、添付省略を削減しています。  
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 〒 [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
			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 〒 [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
			市区町村名