

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		部長	課長	チーフ	係
市区町村民税非課税者などの低所得者用					

(健保組合使用欄)

被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称	
	③氏名	(フリガナ)		④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	—	(押印不要)	⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
				⑦提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認 定 対 象 者	⑧受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	⑨療養予定期間 認定証を必要 とする期間(注1)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	⑩傷病名	(受診することとなった原因：ケガ・ケガ以外)			
	⑪ケガが原因 の場合(注2)	いつ	平・令 年 月 日 ()	そのときの 状況	私用中・休日中・通勤途中・業務中
	⑫長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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。(該当の場合は下欄をご記入ください。)		
	⑬申請日前1年間の 入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	医療機関名 所在地	
	⑭申請日前1年間の 入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	医療機関名 所在地	
⑮申請日前1年間の 入院期間(日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	医療機関名 所在地		

注1：認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。)

注2：原因が交通事故など第三者行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希 望 送 付 先	⑬住所(注3)	〒 — 都・道 府・県	⑭電話番号 (日中の連絡先)	()
	⑮あて名		⑯被保険者 との関係	

注3：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

⑰市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、 平・令 年度の 市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名	印
-----------------	---	---

注：4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--