

健康保険

限度額適用・  
標準負担額減額認定

申請書

被保険者(申請者)記入用

■情報照会を希望しない 

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は☑を入れ、対象年度分の非課税証明書を添付してください。

■被保険者本人の住民税非課税証明書(原本)を添付

▶療養予定期間が、4月～7月分申請の場合、前年度非課税証明書を添付

▶療養予定期間が、8月～翌年3月分申請の場合、当年度非課税証明書を添付

情報照会を希望される場合は、非課税証明書の添付は不要ですが、希望しない場合は、添付書類の提出が必要です。

被保険者情報	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇〇〇〇〇〇〇〇
					<input type="checkbox"/> 令和	
氏名	(フリガナ) ヨツヤ ハナコ	四谷 花子		事業所名	(株)〇〇〇	
住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都 道 府 県	千代田区〇〇町〇丁目〇号		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
				<input checked="" type="checkbox"/> 平成	
	療養予定期間	令和 〇 年 〇 月 ~ 令和 〇 年 〇 月	<input type="checkbox"/> 令和		

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

市区町村長証明欄	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。
	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。
	市区町村長名 <span style="float: right;">印</span>

記載欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
		①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

区分	所得要件
低所得	住民税非課税
低所得Ⅱ	住民税非課税 年金等収入 80~160万円
低所得Ⅰ	住民税非課税 年金等収入 80万円以下

受付日付印

※健康保険組合使用欄

交付年月日	令和 年 月 日	回収確認印
発効年月日	令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 日	
所得区分	才・Ⅰ・Ⅱ	

常務理事	事務長	主任	担当者