

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

※70歳以上の方も申請が必要です

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)	事業所名		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

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

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	印

記載欄	<input 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く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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>