

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

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 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号 番号 —			
	氏名	フリガナ	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	
	住所 電話番号	〒 — TEL — —			

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名		生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	
	療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	療養される方は、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に限ります。			☐ はい  「はい」と答えた場合、裏面「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。 ☐ いいえ		

- ・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。

東和銀行健康保険組合

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

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)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
		名称		
		所在地		
	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	
		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	
		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	
		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	
		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