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　年　月　日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　年　月　日
住所	（〒　－　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）	

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日　☐ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　年　月　日
療養予定期間	令和　年　月　～　令和　年　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。	☐ はい ☐ 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	☐ 法定代理人　※戸籍謄本の添付が必要です ☐ 任意代理人　※委任状の添付が必要です
住所	（〒　－　）　都 道 府 県	生年月日	☐ 昭和　☐ 平成　☐ 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）は、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。**
・認定証は原則として所属先に送付しますが、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	（〒　－　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）
宛名	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

情報照会　年　月　日／☐ マイナンバー連携あり
☐ マイナンバー連携なし

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）	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	
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	

・**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）は、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。**
・認定証は原則として所属先に送付しますが、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	（〒 ー ）	都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）	
宛名		

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

ご本人の記入例

令和 6 年 12 月 2 日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 1 / 番号 12345	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ　ハナコ 山田　華子	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 年 37 月 06 日 01
住所	（〒 231 － 0000 ） 神奈川 都道府県 横浜市中区●●町1-2	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（ 224） 1234	

☑本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名 山田　華子	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 年 37 月 06 日 01
療養予定期間	令和 6 年 12 月 ～ 令和 7 年 2 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。	☑はい □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。

代理申請時のみ記入して下さい。

法定代理人の代理申請の場合は戸籍謄本（原本）
任意代理人の代理申請の場合は委任状の添付が必須です。
（※被保険者様の会社担当者の代理申請時は別途添付不要です。）

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。
認定にあっ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	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	郵便番号 〒 231 － 0000 市区町村名 横浜市中区●●町

該当する方を記入して下さい。

社会保険労務士提出代行者名記載欄	

情報照会　　年　　月　　日／□ マイナンバー連携あり
□ マイナンバー連携なし

受付日付印

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	105 日間	
1 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	R6 年 5 月 1 日 から R6 年 8 月 14 日まで	105 日間
入院した保険医療機関等	名 称 健保病院	
	所在地 神奈川県横浜市西区●●町1-2	
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	

被保険者様（社員様）が長期休みの場合のみ記入して下さい。

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

ご家族の記入例

令和 6 年 12 月 2 日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 1 / 番号 12345	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 記号・番号が分からない場合のみマイナンバーを記入して下さい。
氏名	（フリガナ）ヤマダ　タロウ 山田　太郎	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 37年06月01日
住所	（〒 231 － 0000 ）神奈川 都道府県 横浜市中区●●町1-2	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 045（ 224） 1234	

☑本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合

被保険者様（社員様）のお名前を記入して下さい。

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名 山田　華子	生年月日 □平成 □令和 38年09月11日
療養予定期間	令和 6 年 12 月 ～ 令和 7 年 2 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。	☑はい □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。

代理申請時のみ記入して下さい。

法定代理人の代理申請の場合は戸籍謄本（原本）
任意代理人の代理申請の場合は委任状の添付が必須です。
（※被保険者様の会社担当者の代理申請時は別途添付不要です。）

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。
認定にあっ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	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	郵便番号 〒 231 － 0000 市区町村名 横浜市中区●●町

該当する方を記入して下さい。

社会保険労務士 提出代行者名記載欄

受付日付印

情報照会　　年　　月　　日／□マイナンバー連携あり
□マイナンバー連携なし

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	105 日間	
1 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	R6 年 5 月 1 日 から R6 年 8 月 14 日まで	105 日間
入院した保険医療機関等	名 称 健保病院	
	所在地 神奈川県横浜市西区●●町1-2	
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	

被保険者様（社員様）が長期休みの場合のみ記入して下さい。