

健康保険 限度額適用
・標準負担額減額認定申請書

常務理事

事務長

課長

係

被保険者等の
の記号番号

7123 — 852

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

被保険者

氏名

静岡 健人

事業所の名称

アオイ運送株式会社

生年月日

昭・平・令 61年 3月 12日

減額対象者

氏名

静岡 康子

被保険者との続柄

妻

生年月日

昭・平・令 2年 12月 8日

性別

男 ・ 女

被保険者
(減額対象者)
の住所

〒 421 — 1234 市 054 (287) 5800

静岡市葵区清水町2-1-212

長期入院

該当 ・ 非該当

ここから下は長期入院該当者として申請する方のみ記入してください。

入院日数合計

日間

①

申請日の前1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

日間

入院をした保険医療機関等

名称

所在地

②

申請日の前1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

日間

入院をした保険医療機関等

名称

所在地

③

申請日の前1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

日間

入院をした保険医療機関等

名称

所在地

④

申請日の前1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

日間

入院をした保険医療機関等

名称

所在地

⑤

申請日の前1年間の入院期間(日数)

令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

日間

入院をした保険医療機関等

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、添付書類を省略しています。

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

・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。

受付年月日

組合
処理
欄

資格取得
年 月 日

昭和 年 月 日

発効年月日

令和 年 月 日

有効期限

令和 年 月 日

適用区分

オ ・ I ・ II

◆申請書記入例

被保険者等の記号・番号を記入してください。

被保険者本人の氏名、生年月日を記入してください。

減額対象者の氏名、生年月日を記入してください。

減額対象者の住所を記入してください。

長期入院の該当の有無についていずれかに○印を付けてください。

長期入院該当とは、申請月以前の12月以内の入院日数(減額対象者としての入院日数に限る)が90日を超える場合をいいます。

長期入院該当の場合、入院期間を記入してください。

入院した保険医療機関等の名称、所在地を記入してください。

マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合は、郵便番号・市区町村名を申請する診療月によって記入してください。

◆添付書類

- マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、市区町村民税非課税証明書を添付してください。
(4月～7月診療分については前年度の非課税証明書、8月～翌年3月診療分については当年度の非課税証明書を添付してください。)
- 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない者については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(オ)」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写しに事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。
- 長期入院該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証(入院期間に標準負担額を伴わない期間がある場合は入院期間に係る保険医療機関等の証する書類)を添付してください。

◆注意事項

- 減額認定の有効期限は、本申請書を健康保険組合が受付した月の初月(ただし、申請のあった月に資格取得した方又は被扶養者となった方については、その日)から最初に到来する7月末日までとなります。
- 交通事故などの第三者行為による傷病の場合は、事前に健康保険組合までご連絡ください。