

被保険者の方が市区町村民税非課税などの低所得者用

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です	
				00			
	氏名	(フリガナ)				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	〒					都 道 府 県
電話番号	自宅	()					
	携帯	()					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間	年	月	日から療養開始(予定)
	療養する方は、長期入院されましたか。 <small>※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。</small>			
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、P2の「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。

添付書類確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーの情報連携を活用し、非課税証明書の添付の省略を希望します(希望の際は✓を記入) <small>添付書類の省略を希望する場合は、以下に該当する郵便番号と市区町村名を記入してください。</small>												
	<table border="1"> <tr> <td>診療月が1月~7月の場合</td> <td>「診療月の前年1月1日時点」の 住民票住所の郵便番号と市区町村名</td> <td>郵便番号</td> <td>〒</td> <td></td> <td>市区町村</td> </tr> <tr> <td>診療月が8月~12月の場合</td> <td>「診療月の当年1月1日時点」の 住民票住所の郵便番号と市区町村名</td> <td>郵便番号</td> <td>〒</td> <td></td> <td>市区町村</td> </tr> </table>	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と市区町村名	郵便番号	〒		市区町村	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と市区町村名	郵便番号	〒		市区町村
	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と市区町村名	郵便番号	〒		市区町村							
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と市区町村名	郵便番号	〒		市区町村								
<input type="checkbox"/> 「非課税証明書」の原本を添付します(選択の際は✓を記入) <small>「非課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。 ※4月から7月診療分は前年度の非課税証明書を、 8月から翌年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。</small>													

確認事項と送付先	<ul style="list-style-type: none"> 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しだい、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ています。 資格確認書をお持ちの方には認定証を交付します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、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
	宛名	<small>会社へ送付を希望される場合などは、担当部署と氏名まで記入ください。</small>		

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏名				被保険者との関係
	電話番号(日中の連絡先)	TEL	()		申請代行者の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

受付日付印

発行有無	証書作成	有・無	適用区分	有効期限	年 月 日
------	------	-----	------	------	-------

倉庫業健康保険組合

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										