

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	被保険者証の記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 4 8 0 1 0 1
	住所	〒 135 - 0047	東京	都道府県	マンション・アパート名まで記入してください。	江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503
	電話番号	自宅 03 ( 1234 ) 5678 携帯 090 ( 9876 ) 5432				

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	倉庫 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 平成 48 年 11 月 30 日
	療養予定期間	R5 年 5 月から療養開始(予定)			
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

添付書類確認	<input checked="" 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)	マイナンバーによる課税情報を利用しますか	<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)	マイナンバーによる情報連携を希望しない場合は、非課税証明書の添付が必要となります。		
	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	〒 135 - 0047	市区町村	江東区
	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	

確認事項と送付先	・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	〒
宛名		

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。	被保険者	
	氏名	こちらの欄は、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記入してください。	本人が入院中で外出できないため
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	倉庫業健康保険組合	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	1/2

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

このページは、申請を行った月以前に90日以上入院されている場合に記入してください。(P1の「長期入院」でいいえと回答した際は記入不要です。)

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計	106	日間
	1 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	R4 年 5 月 1 日 から	R4 年 6 月 30 日まで 61 日間
	入院した 保険医療機関等	名 称	江東病院
		所在地	江東区富岡2-2-2
	2 申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	R4 年 11 月 1 日 から	R4 年 12 月 15 日まで 45 日間
入院した 保険医療機関等	名 称	江東病院	
	所在地	江東区富岡2-2-2	
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		