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）

常務理事	事務長	担当者

下記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

㊟ -1. 第三者行為・労災に該当していた場合は、別途届出が必要です。
-2. 被保険者が非課税者に該当しない場合は、上位・一般所得者用で申請してください。

被保険者

被保険者証	記　号	番　号	申請日 ※	令和　　年　　月　　日
氏　名			勤務先（工場名）	
住所	（〒　　－　　）		電話番号（日中の連絡先）：	（　　）

※「認定証」の有効期限は、原則として「申請日」が属する月の１日から 最初の 7月31日までです。

対象者

療養を受ける方	氏名	続柄	生年月日	昭和・平成 令和　　年　　月　　日

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。

☐ いいえ
☐ はい

「はい」と答えた場合、申請を行った月以前1年間の合計９０日以上の入院期間をご記入ください。

申請を行った月以前 1年間の入院期間（合計90日以上の入院履歴）

長期入院欄

1 入院した保険医療機関等	名　称	令和　年　月　日から		
	所在地	令和　年　月　日まで	日間	
2 入院した保険医療機関等	名　称	令和　年　月　日から		
	所在地	令和　年　月　日まで	日間	
3 入院した保険医療機関等	名　称	令和　年　月　日から		
	所在地	令和　年　月　日まで	日間	

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。
※入院先医療機関への直送を希望する場合、必ず医療機関の許可を得て、宛名の記入方法等を確認してください。

住　所	（〒　　－　　）
受取人氏名	（被保険者との続柄：　　）

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　（　　）	申請代行の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 （　　）

被保険者のマイナンバー記載欄　（上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

※マイナンバーで申請する場合
①本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
②申請書は「簡易書留」で健保組合宛に郵送してください。

健保使用欄	
区分	自：　年　月　日
オ	至：　年　月　日
備考：新規・更新	
健保受付印	

市区町村証明欄

※被保険者の（非）課税証明書を添付した場合、下記の証明は不要です。

当該 被保険者 氏名：　　は、　　年度の市区町村民税が課されないことを証明します。

市区町村長名

令和　　年　　月　　日

印

横浜ゴム健康保険組合