

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村住民税非課税者などの低所得者用

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	係
年月	年 月	標準報酬		区分	
交付	確認書・おしらせ	郵送・手渡	備考		

(健保組合使用欄)

・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、認定証の発行はありません。
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。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	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・平・令	年 月 日
	住所	〒	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

認 定 対 象 者	受診者 認定証を 使用される方	氏名	続柄	療養予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	傷病名	(受診することとなった原因：ケガ・ケガ以外)			
	ケガが原因 の場合(注2)	いつ	令和 年 月 日 () 私用中・休日中・通勤途中・業務中	そのとき の状況	
	長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請月以前の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、市区町村住民税が課されていない期間の入院期間に限りです。(該当の場合は下欄をご記入ください。)		
	①申請日前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	医療機関名 所在地	

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。

注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 資格確認書をお持ちの方で、上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希 望 送 付 先	住所(注3)	〒	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()
	あて名	被保険者 との関係			

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村住民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、令和 年度の 市区町村住民税が課されないことを証明する。 市区町村長名	印
----------------	--	---

注: 4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

限度額適用・標準負担額減額認定申請書 記入例

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	業務部長	業務課長	業務係長	係
市区町村住民税非課税者などの低所得者用		年月	年	月	標準報酬	区分	
		交付	確認書・おしらせ	郵送・手渡	備考		

・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、認定証の発行はありません。
 ① 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。

申請年月日 令和 年 月 日

記号 番号

② 被保険者等記号・番号 1 2 3 4 5 6 7 8

③ 氏名 (フリガナ) ケンボ クロウ 健保 太郎 生年月日 (印) 平・令 ××年 ×月 ××日

住所 〒 110 - 0000 東京都 都・道府・県 ○○区○○○ ×-×-×

□□マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××

提出委任 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は印)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

④ 受診者 氏名 健保 一郎 続柄 長男 療養予定期間 令和 ×年 8月 1日 から

⑥ 認定証を使用される方 生年月日 (印) 昭(令) ××年 ×月 ×日 認定証を必要とする期間(注1) 令和 年 月 日まで

⑦ 傷病名 右足首骨折 (受診することになった原因: ケガ・ケガ以外)

ケガが原因の場合(注2) いつ 令和 ×年 8月 1日(月) 私用中 休日中・通勤途中・業務中 そのときの状況 段差につまづき、転倒した時に手ついたため

長期入院 該当・非該当 長期入院とは、申請月以前の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、市区町村住民税が課されていない期間の入院期間に限りません。(該当の場合は下欄をご記入ください。)

①申請日前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	医療機関名 所在地
②申請日前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	医療機関名 所在地
③申請日前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	医療機関名 所在地

注1: 認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
 注2: 原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 資格確認書をお持ちの方で、上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先

住所(注3) 〒 - 都・道府・県

あて名

電話番号 (日中の連絡先) ()

被保険者との関係

注3: 医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能をご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

○ 被保険者本人が市区町村住民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

⑧ 市区町村が証明する欄 当該被保険者は、令和 年度の 市区町村長名

市区町村住民税が課されないことを証明する。

注: 4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

東京都二ツト健康保険組合 (R06.12)

※ 注意 ※
 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、認定証の発行はありません。
 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。

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- ① 申請書を提出する日付をご記入ください。
- ② 被保険者等記号番号は、資格情報のお知らせ・資格確認書またはマイナ保険証登録済みであれば、マイナポータルサイトからご確認ください。
- ③ 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- ④ 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- ⑤ 認定証を必要とする期間をご記入ください。(認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。)なお、非課税の証明期間に基づき、毎年7月31日を有効期限の区切りとさせていただきます。
- ⑥ ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- ⑦ 申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されている場合はご記入ください。ただし、市区町村住民税が課されていない期間の入院期間に限りません。該当の場合は、入院した期間(日数)や医療機関名などご記入のうえ、該当する期間が記載されている領収書の写しを添付してください。
- ⑧ 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
 注1: 診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「(非)課税証明書」が必要です。
 注2: 診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。
- ⑨ この申請書に証明を受ける場合は、市区町村証明の押印は、省略することなく証明を受けてください。

* この認定の適用により生活保護を必要としなくなる方は、「保護却下通知書」などの書類も必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。