

(市区町村民税の非課税者用)

記入年月日	令和 年 月 日
所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)	
部	課
支社	営業オフィス
会社	

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

被保険者証	記号	番号	番号		
被保険者	氏名	減額対象者		氏名	被保険者との続柄
	生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	年齢 歳
被保険者(減額対象者)の住所	〒 _____ 都道府県 市区郡 ※原則、認定証は記入の住所ではなく【所属宛】に送付します。(注8参照)				
緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合 (任意継続・特例退職者は自宅以外を希望する場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ)		左記郵送を希望する理由		<input type="checkbox"/> 入院中(入院間近)
	<input type="checkbox"/> 下記指定住所に郵送(本人宛簡易書留のみ)		〒 _____ 都道府県 市区郡 ※病院を指定する場合は必ず「病院名」と「号室」まで記入してください		<input type="checkbox"/> 休務中 <input type="checkbox"/> 自宅以外滞在中
日中の連絡先TEL	TEL ( )				
入院、通院開始年月日 (見込みで記入可)	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 ※紛失の場合は下記(注)5参照		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当	・ <input type="checkbox"/> 非該当		← 長期入院(入院日数が90日を超えるもの)に該当する場合は、以下の欄に記入の上、入院事実の分かる書類を添付する。	

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日 から [ 日間] 平成・令和 年 月 日 まで
	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)	平成・令和 年 月 日 から [ 日間] 平成・令和 年 月 日 まで
	入院をした保険医療機関等	名称 _____ 所在地 _____

● 市区町村民税が非課税の場合は、以下の欄に市区町村の証明をもらうか、「非課税証明書」を添付してください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には [ ] 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名	印
-------------	--	---

- (注) 1. 上位所得者・現役並み所得者は本申請の対象外です。  
 2. 被保険者の非課税証明書を取り付けてください。  
 3. 非課税者の区分は以下の通りとなります。  
 4月～7月診療分 → 前年度非課税者(前々年の収入による)  
 8月～翌3月診療分 → 当年度非課税者(前年の収入による)  
 4. 発行される認定証の有効期限は毎年7月31日迄となります。  
 その期限後も引き続き認定証が必要な場合は再度申請をしてください。  
 5. 有効期限内の認定証を紛失した場合は、こちらの申請書ではなく「被保険者証等滅失届兼再交付申請書」を提出してください。  
 6. 有効期限内の認定証であれば、他の医療機関、調剤薬局でも繰り返し使用可能です。  
 7. 有効期限経過または資格喪失する場合は、認定証を必ず健康保険組合宛ご返却ください。  
 8. 原則、認定証は所属宛に送付いたします。(但し、グループ会社の方は総務宛、任継・特退の方は自宅宛)

健保組合 処理欄	常務理事	事務長	担当	検算	有効期限	支払確認	証送付年月日	入力年月日
					自 R 年 月 日 至 R 年 7月 31日	( ) 月分 支払未済確認済		