

※ 被保険者本人 が非課税であることが条件となります。
非課税でない方は「健康保険 限度額適用 認定証 交付申請書」にて申請ください。

健保組合使用欄

発送元		常務理事	部長	課長	係長	係	公印使用
事	労						

千葉県医業健康保険組合 宛て

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

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。

令和 年 月 日

被保険者情報	記号	番号	【注意】マイナ保険証※1を持っている方には認定証は交付されません。 下記に該当する場合は、交付いたしますので☑と()内をご記入ください。 <input type="checkbox"/> マイナ保険証非対応医療機関等を受診するため (医療機関等名称:)			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<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☑)						

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	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月			
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、2ページ「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。	

※1: マイナ保険証⇒健康保険証としての登録をされているマイナンバーカード
 ・マイナ保険証をお持ちの方には、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。
 ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。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。

【注意】
 ※ 入院先宛ての場合、入院先に事前に送付許可を得たうえで、宛先・宛名・部屋番号をご記入ください。
 ※ 実家などの個人宅宛ての場合で、送付先宅と宛名の苗字が異なるときは、「様方」をご記入ください。
 ※ 記入漏れ・記入誤り等があった場合は、被保険者住所に送付いたします。

認定証の送付先 に送るとき	送付先 (☐に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	送付先住所	〒 -	TEL - -			
	施設名・部署名 病室番号など					
	宛名(個人名)	(様方)		様 (被保険者との関係:)		

「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。

申請代行者欄	申請代行者の氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 勤務先の事務担当者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 労務士 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由

／ 受付日付印 \

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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		

当組合では、マイナンバーを活用し非課税情報の照会をすることにより、添付省略を削減しています。認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。なお、照会を希望しない場合は、以下のとおり当てはまる非課税証明書を添付してください。

非課税者の情報	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 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
			市区町村名
	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 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
			市区町村名

添付書類	対象者	マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合	マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合	所得区分(参考)
	収入証明書類	市区町村民税非課税の方	不要(※)	被保険者の(非)課税証明書
被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方		不要(※)	被保険者および被扶養者の(非)課税証明書	低所得者Ⅰ(70歳以上)

※マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、照会の結果、情報が確認できない場合は、添付書類の提出が必要になりますので、あらかじめご承知おきください。

▶ 以下は当てはまる方のみご提出ください。

限度額適用・標準負担額減額認定】の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方	「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」、またはこれらの写しに事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの
長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方	入院を証明する書類(入院期間が記載されている領収書の写しなど)