

※ 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証 再交付申請書

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証の再交付を申請します。 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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:)			
	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	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
	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。

再交付理由	※該当の再交付理由を○で囲ってください。 その他の場合は、その理由を()内にご記入ください。					
	滅失	き損	その他	()		

認定証の送付先	※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。 ・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。					
	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	「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。 / 受付日付印 \					
	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	<input type="checkbox"/> 被保険者からの依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()			

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		

【下記に該当される方は添付書類をご提出ください】

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）
-------------------------------	---------------------------------