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

被保険者情報欄

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　番号		
氏名	（フリガナ）	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
住所	（〒　－　） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日
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。	□ は　い □ 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。
※骨折・打撲等の場合は負傷原因を記入してください			

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付書類を削減しています。
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。**

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	〒　－
		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	〒　－
		市区町村名	

- **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）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。

住所	（〒　－　） 都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）
宛名	

交付	登録のみ ・ 証交付
返却日	
入力日	

決　裁			
常務理事	事務長	係	係

受付日付印

三越伊勢丹健康保険組合

06.12

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

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	

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 （ ）