

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

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	
所属(事業所)				

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				
	療養予定期間	令和	年	月	~	令和	年	月
	療養する方は、申請月前1年間に90日を超えて入院されましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

市区町村長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。 当該被保険者(氏名)は令和()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。		
	市区町村長名	<input type="text"/>	印

※4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、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が必要となります。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

ミツバ健康保険組合

電話:0277-44-1209 内線:821-4911

FAX :0277-44-1210 内線:821-2399