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			
被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 県		
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	□ 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、申請月前1年間に９０日を超えて入院されましたか	□ はい □ 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 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・標準負担額の減額認定を申請します。

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