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 6 年 5 月 10 日

被保険者情報

被保険者等（右づめ）	記号 11	番号 12345	生年月日 昭・平・令 50年03月25日
氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子		
住所	（〒 ○○○ － ○○○○ ） 大阪府　○○市　△△町 1-1		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 06 （ ○○○ ）××××		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。…□にチェック（✓）する

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	健保　花子	生年月日 昭・平・令 50 年 3 月 25 日
療養予定期間	令和 6 年 5 月 ～ 令和 6 年 7 月		

申請月～直近の７月をご記入ください

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。

送付先

・**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、事業所担当者へお送りします。

（任意継続被保険者の方は、上記被保険者情報に記入した住所へお送りします。）

療養する方が長期入院された場合
２枚目をご記入ください

事業所
所在地　大阪府大阪市△△区××
名称　○○株式会社
代表者氏名　◇◇　◇◇

受付日付印

レンゴー健康保険組合

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	100 日間	
1 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	令和 5 年 8 月 2 日 から 令和 5 年 9 月 30 日まで	50 日間
入院した 保険医療機関等	名 称 ○○市立病院 所在地 大阪府○○市××町	
2 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	令和 5 年 11 月 1 日 から 令和 5 年 12 月 20 日まで	50 日間
入院した 保険医療機関等	名 称 ○○県立病院 所在地 兵庫県○○市△△区	
3 申請を行った月以前 1 年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から 令和 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）	令和 年 月 日 から 令和 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）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間
入院した 保険医療機関等	名 称 所在地	

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 健保 花子 ）は 令和（ 5 ）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 ○○市長

別途、非課税証明書を添付の場合この欄の証明は不要です。

市印長

※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。