

健保 記入欄	資格取得日	標準報酬		区分	期限	常務理事	事務長	担当	処理
	年 月 日	決定 月額	年 月 日 千円		年 月 日 ~ 年 月 日				

以下を確認の上、提出ください。

・必ずしも申請する必要はありません。

マイナ保険証を利用できる方は、原則として限度額適用認定証の申請は不要です。

マイナ保険証の利用ができない方や、被保険者本人が非課税者の方は、従来通り申請が必要です。

自己負担額が限度額に達しない場合には、限度額認定証は不要です。

高額療養費は自動払いの為、限度額認定証が無くても事後に健康保険から給付金として支給します。

・発行日は原則、申請書受付日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は資格取得日)からです。

・申請期間は最長で1年間の範囲です。その後も継続される場合は再度申請してください。

・申請書は原紙を印刷して健保組合宛に送付ください。(郵送又は社内メール便にて※Email添付は不可です。)

健康保険限度額適用認定申請書 (一般者用)

標準負担額減額認定申請書 (非課税者用※)

※標準負担減額認定申請は、被保険者が市区町村民税非課税の場合です。裏面の注意事項をご確認ください。

被保険者の記号・番号		記号		番号						記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。
個人番号(マイナンバー)										
被保険者	氏名									
	生年月日	年 月 日						連絡先(自宅・携帯)		
	備考欄									

適用 対象者	氏名								
	生年月日	年 月 日						被保険者 との続柄	
	申請期間 (療養予定)	年 月 ~						年 月	

希望 送付先 (いずれか に○)	・職場(社内便)	事業所名称					所属	
	・職場(郵便)	〒						
	・自宅(郵便)	〒						
	・医療機関	名称					電話番号	
	※医療機関にて 了解を得た場合 に限り、郵便書留 で送付します。	〒						
	宛名							

以下は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください (※確認欄の✓必須。)

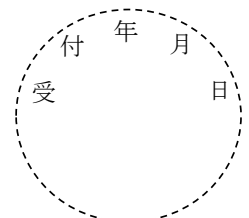
申請 代行者	※確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)の届出意思に相違なく作成されたものである。							
	氏名							被保険者 との続柄	
	申請代行の理由							電話番号(日中の連絡先)	

本申請書の提出を事業主へ委任する場合は、下記に☑を付してください。

本申請書の提出を事業主へ委任します。

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。

年 月 日



## 注意事項

※標準負担額減額認定証の有効期限については、翌年の7月迄(当該申請のあった日の属する月が1月～7月迄の場合は、当年の7月末迄)となります。

### 「非課税証明書」

※被保険者が市区町村民税非課税の場合は、申請書に非課税証明書を添付してください。

- ・4～7月診療分については前年度の課税に関する証明を、
- ・8月～翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を添付してください。

マイナンバー制度による情報確認にて「非課税証明書」の提出が省略可能です。

希望される方は、課税情報の照会を行いますので、下記に☑を付し、当年1月1日時点で住民票登録をしている市区町村名を記入してください。

- マイナンバー制度による課税情報の確認を希望します。

住民票登録をしている市区町村名

※マイナンバーによる課税情報の確認が取れない場合は、「非課税証明書」の提出依頼をさせていただきます。