



健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

決 裁			

※太枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者 等 記 号 番 号	—	事業所名	
被保険者の 氏 名			生年 月日 S・H・R 年 月 日
被保険者の 住 所	〒		TEL ()
適用対象者 (使用する方) の 氏 名	被保険者との続柄	生年 月日 S・H・R 年 月 日	

◆ この枠内には長期入院に該当する方(申請書を含む前1年間に91日以上入院がある方)のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)
減額認定証交付対象者欄	①	申請の前1年間の入院期間	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
	②	申請の前1年間の入院期間	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
	③	申請の前1年間の入院期間	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

*同一世帯員全員が住民税非課税で申請日より過去12ヶ月以内に91日以上入院された方へ
本証を病院に提示すると食事代を減額することができるため、医療機関発行の入院期間を証明する書類(領収書の原本)を添付してください。

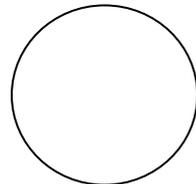
*当健保ではマイナンバーを活用することにより、非課税証明書の添付を省略しています。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 受付日付印

・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。当健保組合のデータ登録が完了次第、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。



記入例

健康保険限度額適用・標準負担額
減額認定申請書

決 裁

※太枠内は必ず記入してください。

被 保 険 者 等 記 号 番 号	10-12345	事業所名	東亜合成 本社
被保険者の 氏 名	健保 太郎		生年 月日 S (H) R 2年 1月 2日
被保険者の 住 所	〒105-0001 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 TEL 03 (1234) 5678		
適用対象者 (使用する方) の 氏 名	健保 太郎	被保険者との続柄 本人	生年 月日 S (H) R 2年 1月 2日

◆ この枠内には長期入院に該当する方(申請書を含む前1年間に 91日以上入院がある方)のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
減 額 認 定 証 交 付 対 象 者 欄	①	申請の前1年間の入院期間	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
	②	申請の前1年間の入院期間	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
	③	申請の前1年間の入院期間	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

*同一世帯員全員が住民税非課税で申請日より過去12ヶ月以内に91日以上入院された方へ
本証を病院に提示すると食事代を減額することができるため、医療機関発行の入院期間を証明する書類
(領収書の原本)を添付してください。

*当健保ではマイナンバーを活用することにより、非課税証明書の添付を省略しています。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 受付日付印

・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。当健保組合のデータ登録が完了次第、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。

