

※令和 年 月 日交付			
常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
(新規 ・ 再交付 ・ 更新)

※再交付の場合は旧認定証にかかる減失届を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		記 号	番 号	診療時の標準報酬月額 (※ 健保組合記入欄)	千円
被保険者	フリガナ			勤務先 (配属先) 事業所	名 称
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日		所在地
減額対象者	フリガナ			被保険者との 続柄	〒
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女
療養（予定）期間		令和 年 月 ～ 令和 年 月			
被 保 険 者 の 住 所		フリガナ			
		〒 — 電話 ()			
減 額 認 定 証 の 送 付 先 ※ ○で囲んでください。		1. 被保険者の住所 2. 勤務先事業所 3. その他（減額対象者、入院先等） 〒 — 住 所 : 宛 名 : 対象者との関係 () 電話 ()			
備 考					

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。

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は 年度の市（区）町村民税は課されないことを証明する。 市区町村長名
-----------------	---

(注) 上欄に市区町村長からの非課税の証明を受けるか、または非課税証明書を添付のこと。
(4月～7月診療分は前年度の課税証明、8月～翌3月診療分は当年度の課税証明)