

(健康保険組合に直接ご提出ください)

(受付日付印)

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 者	被保険者等	記号 番号	事業所名称				
	記号・番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください。						
保 険 者	被保険者氏名	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	減額対象者氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
者 記 入 欄	被保険者住所	(〒)					
	①	申請日の前1年間の入院期間	平成・令和	年 月 日 から	平成・令和	年 月 日 まで	日間
入 欄	②	入院をした保険医療機関等	名 称				
			所在地				
欄	申請理由	<input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> その他()					
		<input type="checkbox"/> オンライン資格が確認できない医療機関で受診するため (医療機関名:)					
市区町村長が証明する欄		当該被保険者には 年度の市区町村民税が課されていない ことを証明する。 市区町村長名					
組 合 記 入 欄	承認No.	長期入院	該 当 非該当	該当年月日	令和	年 月 日	
	発行年月日	令和	年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当
	有効期間	令和	年 月 日				