

(健康保険組合に直接ご提出ください)

(受付日付印)

記号番号は資格情報のお知らせや資格確認書を確認してください。なお、記号番号の記入がある場合は、マイナンバーの記入は不要です。

健康保険限度額適用・標準負担率減額認定申請書

被 保 者	被保険者等	記号 11111	事業所名称 〇〇株式会社
		番号 222222	
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	三菱 太郎	生年月日 昭和 平成 令和 1 年 2 月 3 日
	減額対象者氏名	三菱 花子 続柄 妻	生年月日 昭和 平成 令和 4 年 5 月 6 日
被保険者住所		(〒 123-4567 東京都 □□区 〇〇 町 1-2-3)	
者 記 入 欄	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
		入院をした保険医療機関等	名 称 所在地
	②	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
		入院をした保険医療機関等	名 称 所在地
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: )	

<p>市区町村で発行する「非課税証明書」を添付する場合は、 市区町村長が証明する欄</p>	<p>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</p>
---	---

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			