# A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者（申請者）記入用

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。　令和　年　月　日

## 被保険者情報

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号（左づめ） | 記号　番号 | 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 |
| 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 □昭和 □平成 □令和　年　月　日 |
| 住所 | （〒　－　）　都道府県 | |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL　（　） | |

当組合では、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省略をしています。以下の該当項目を記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 対象者の診療月が1月～7月の場合 | 「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の | 郵便番号 〒　－<br>市区町村名 |
| 対象者の診療月が8月～12月の場合 | 「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の | 郵便番号 〒　－<br>市区町村名 |

## 対象者欄

| | | |
|---|---|---|
| 療養を受ける方 | 氏名 | 生年月日 □昭和 □平成 □令和　年　月　日 |
| 診療月（使用開始月） | 令和　年　月　から<br>※入院・通院する月を必ずご記入ください。 | ●第三者行為（交通事故等）、通勤・勤務中（労災等）の傷病ですか<br>□いいえ □はい → 申請前に健康保険組合へご連絡ください。<br>●国や地方自治体から医療費の助成をうけていますか<br>□いいえ □はい □申請中 |
| 療養する方は、長期入院されましたか。<br>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 | □はい<br>□いいえ | →「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 |
| マイナ保険証の保有状況 | マイナ保険証を　□ 持っている　□ 持っていない | |

・**マイナ保険証を利用している方（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。**
**健保組合で申請書を受付後、2日程度でマイナ保険証に情報が反映されますので、マイナポータルで「適用区分：オ」が登録されていることを確認してください。**
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
※会社や病院宛の場合は、送付先の承諾が必要です。会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等を正確にご記入ください。

| | |
|---|---|
| 住所 | （〒　－　）　都道府県 |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL　（　） |
| 宛名 | |

## ※減額認定の有効期限
## 診療月（使用開始月）から最初の7月31日が有効期限となります。

**【申請書送付先・問合せ先】**
〒171-0022　東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階
パレット健康保険組合　医療係　TEL03-3984-7171（自動音声2→1）

受付日付印

| 常務理事 | 事務長 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |



（2024.12）

# A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

## 長期入院欄

| | | |
|---|---|---|
| 申請を行った月以前1年間の入院日数合計 | 日間 | |
| 1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名 称 | |
| | 所在地 | |

## 申請代行者欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請代行者の氏名 | | 被保険者との関係 | |
| 住所 | (〒 － ) 都道府県 | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和 年 月 日 |
| 電話番号(日中の連絡先) | TEL ( ) | | |

【記入例】

# A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者（申請者）記入用

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

## 被保険者情報

| | | |
|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号（左づめ） | 記号 000 番号 4567890 | 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 |
| 氏名 | （フリガナ）ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | 生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 年 ○○ 月 ○○ 日 |
| 住所 | （〒○○○－○○○○） 東京都道府県 ○○区△△△ 1－2－3 | |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL 090（○○○○）○○○○ | |

当組合では、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省略をしています。以下の該当項目を記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 対象者の診療月が1月～7月の場合 | 「診療 ～1月1日時点」の住民票住所の | 郵便番号 〒○○○－○○○○<br>市区町村名 ○○区 |
| 対象者の診療月が8月～12月の場合 | | 郵便番号 〒○○○－○○○○<br>市区町村名 ○○区 |

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は「非課税証明書」を添付

## 対象者欄

| | | |
|---|---|---|
| 療養を受ける方 | 氏名 健保 花子 | 生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 年 △△ 月 △ 日 |
| 診療月（使用開始月） | 令和 6 年 12 月 から<br>※入院・通院する月を必ずご記入ください。 | ●第三者行為（交通事故等）、通勤・勤務中（労災等）の傷病ですか ☑いいえ □はい → 申請前に健康保険組合へご連絡ください。<br>●国や地方自治体から医療費の助成をうけていますか ☑いいえ □はい □申請中 |
| 療養する方は、長期入院されましたか。<br>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 | ☑はい □いいえ | 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 |
| マイナ保険証の保有状況 | マイナ保険証を ☑ 持っている □ 持っていない | |

・マイナ保険証を利用している方（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。
健保組合で申請書を受付後、2日程度でマイナ保険証に情報が反映されますので、マイナポータルで「適用区分：オ」が登録されていることを確認してください。
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
※会社や病院宛の場合は、送付先の承諾が必要です。会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等を正確にご記入ください。

| | |
|---|---|
| 住所 | （〒△△△－△△△△） 東京都道府県 ○○区◇◇◇9－8－7 □□病院 |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL 03 （△△△△）△△△△ |
| 宛名 | A病棟 ○○○号室 健保 花子 |

**※減額認定の有効期限**
**診療月（使用開始月）から最初の7月31日が有効期限となります。**

【申請書送付先・問合せ先】
〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-10-13 荒井ビル2階
パレット健康保険組合 医療係 TEL03-3984-7171（自動音

8月1日以降も認定が必要な場合（当年度も非課税の方）は改めて申請が必要です。

| 常務理事 | 事務長 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

【記入例】

# A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

## 長期入院欄

| | | |
|---|---|---|
| 申請を行った月以前1年間の入院日数合計 | 90 日間 | |
| 1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 6 年 ○月 ○日 から 6 年 △月 △日まで | 90 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 □□病院 | |
| | 所在地 東京都○○区◇◇◇9－8－7 | |
| 2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日間 |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 | |
| | 所在地 | |

## 申請代行者欄

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請代行者の氏名 | 健保 一郎 | 被保険者との関係 | 長男 |
| 住所 | (〒◇◇◇－◇◇◇◇) 東京 都 道 府 県 ◇◇区○○1－2－3 | 生年月日 | □昭和 ☑平成 □令和 年 月 日 ◇ ◇ ◇ |
| 電話番号(日中の連絡先) | TEL 090(◇◇◇◇)◇◇◇◇ | | |