

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	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	□ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
	住所	(〒)		都 都 府 府 道 道 県 県	<table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"></table>
電話番号 (日中の連絡先)	TEL				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は☑)					

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年 月日	□ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請書を記入・提出する場合にご記入ください。				
	申請代行者の 氏名(自署)	被保険者との関係		<input type="checkbox"/> 法定代理人 ※戸籍謄本の添付が必要です <input type="checkbox"/> 任意代理人 ※委任状の添付が必要です	
	住所 (〒) 都 都 府 府 道 道 県 県	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	電話番号 (日中の連絡先) TEL	※委任状には受任者の氏名及び生年月日又は住所の記載が必要です。			

希望送付先	<ul style="list-style-type: none"> 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。 当組合の事務処理が完了次第、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。 タムラS/S <input type="checkbox"/> 東京事業所 <input type="checkbox"/> 坂戸事業所 <input type="checkbox"/> 狹山事業所 <input type="checkbox"/> 入間事業所 <input type="checkbox"/> 児玉工場 <input type="checkbox"/> 若柳タムラ <input type="checkbox"/> 会津タムラ □上記被保険者情報に記入した住所に送付 ※それ以外に送付を希望する場合は下記↓にご記入ください。				
	住所 (〒) 都 都 府 府 道 道 県 県	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	電話番号 (日中の連絡先) TEL				
	宛名				

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

**健康保険 限度額適用・
標準負担額減額認定**

申請書

1

2

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

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
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						

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付省略を削減しています。
認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税者の情報	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	〒	_____	-	_____	_____
	市区町村名							
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	〒	_____	-	_____	_____	_____
市区町村名								