

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) | | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 |
| | 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 道 府 県 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <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 | ・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"/> 狭山事業所 <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 <input type="checkbox"/> 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 道 府 県 | | |
| | 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

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----|---|----|----|---|-----|-----|----|
| 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 | | | | | | | | |

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。
認定にあっ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 | 〒 | <input type="text"/> | 〒 | <input type="text"/> |
| | | | 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 | 〒 | <input type="text"/> | 〒 | <input type="text"/> |
| | | | 市区町村名 | | | | |