

※令和 年 月 日交付			
常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (新規・再交付・更新)

※再交付の場合は旧認定証にかかる減失届を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		記号	番 号	診療時の標準報酬月額 (※ 健保組合記入欄)		千円	
被保険者	フリガナ			勤務先 (配属先) 事業所	名称		
	氏 名				所在地	〒	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日				
減額対象者	フリガナ			被保険者との 続柄			
	氏 名						
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女		
療養 (予 定) 期 間		令和 6 年 8 月 ~ 令和 7 年 7 月					
被 保 険 者 の 住 所		フリガナ					
		〒 - 電話 ()					
減 額 認 定 証 の 送 付 先 ※ ○で囲んでください。		1. 被保険者の住所 2. 勤務先事業所 3. その他 (減額対象者、入院先等) 〒 - 住 所 : 宛 名 : 対象者との関係 () 電話 ()					
備 考							

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は 年度の市 (区) 町村民税は課されないことを証明する。 市区町村長名 (印)
-----------------	--

(注) 上欄に市区町村長からの非課税の証明を受けるか、または非課税証明書を添付のこと。
(4月～7月診療分は前年度の課税証明、8月～翌3月診療分は当年度の課税証明)