

限度額適用認定申請書 兼 標準負担額減額認定申請書

常務理事	事務長	業務課長	担当者

被保険者欄	被保険者証の記号-番号	-		氏名	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日
	現住所	〒 - - TEL - -			
	この申請は、第三者行為によるものですか？	1. はい 2. いいえ	第三者行為によるもの場合、限度額適用認定申請書及び標準負担額減額認定申請書は発行しません。		
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための下注の添付書類をつけて提出ください。				

<input checked="" type="checkbox"/> 交付が必要な対象者にチェックを入れてください。						
申請対象者欄	<input type="checkbox"/>	被保険者 (本人) 分	交付が必要な証の種類	1. 限度額適用認定証 2. 標準負担額減額認定証	認定希望年月	令和 年 月
	<input type="checkbox"/>	被扶養者 (家族) 分	交付が必要な証の種類	1. 限度額適用認定証 2. 標準負担額減額認定証	認定希望年月	令和 年 月
			被扶養者の氏名1	被保険者との続柄	長男等具体的に記入	
			被扶養者の氏名2	被保険者との続柄	長男等具体的に記入	
認定証は事業所あてに送付しますが、緊急を要する場合のみ、健保判断で希望先に郵送します。(任意継続の方は、登録住所に送付します。)						
希望送付先		〒 - - TEL - -				

被保険者が非課税の場合	被保険者が市区町村民税を課されていない期間の申請対象者の入院期間は、90日を超えて入院していますか？	1. はい 2. いいえ	被保険者の市区町村民税が非課税の場合、該当年度を記入する	非課税該当①	令和 年度 (年分)
	4月～7月診療分は「被保険者の前年度の非課税」 8月～翌年3月診療分は「被保険者の当年度の非課税」が自己負担額に反映されます。			非課税該当②	令和 年度 (年分)
	マイナンバー情報連携による添付書類の省略を希望しますか (注4)	1. はい 2. いいえ	1月1日現在の住民票住所	〒 - -	市区 町村

〔事業主欄〕 代理申請の場合のみ記入	被保険者が申請できないため、代理申請します。	所在地
	令和 年 月 日	名称 役職 氏名

【注意事項】

- 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んでください。
 - 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
 - 被保険者非課税の記入がない場合、自己負担額は標準報酬月額に基づき算定されるため、被保険者が非課税の場合は、該当年度の市町村民税非課税証明書の原本を添付ください。
 - 被保険者が非課税の方で申請対象者の入院期間が90日を超えた場合は、入院期間がわかる領収証を添付ください。
 - 上記3の証明を添付せず、マイナンバー情報連携にて、当組合が非課税確認を行う場合、又は、マイナンバーで当該申請を行う場合は、必ずマイナンバーを記入し、「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは、「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを必ず添付ください。
- ※ 医療機関等にマイナンバーカードで受付した場合、医療機関等がマイナンバー情報連携にて、窓口負担区分を確認しますので、この届出は不要です。