

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

健保受付印

南都銀行健康保険組合 御中

非課税証明書を添付し、下記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

年 月 日

被 保 険 者 情 報	フリガナ										生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和				年 月 日
	被保険者氏名															
	個人番号（マイナンバー） ※個人番号または記号・番号 のいずれかを記載ください。														記号・番号 —	
	住所		(郵便番号 -)													
			都道 府県							市区 町村						
電話番号		TEL														
被保険者所属 ※任意継続被保険者は空欄																
認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 ※認定対象者が被保険者本人の場合 は記入の必要はありません。		氏名					続柄		生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日						
	療養予定期間 ※3カ月～最長1年間に 記入ください。		年 月 ～ 年 月 ※記入がない場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。													
	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 入院に限ります。		☐ はい ➡ 「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年間の入院期間を記入ください。 ☐ いいえ													
	※原則、被保険者所属先（任意継続被保険者は被保険者住所）に送付します。別のところに送付を希望する場合、下記に記入ください。															
希 望 送 付 先	住所		(郵便番号 -)													
			都道 府県							市区 町村						
	電話番号		TEL													
健 保 使 用 欄	被保険者標準報酬月額 円										適用区分 オ.					
	発行年月日 年 月 日										有効期限 年 月 日					
	認定証交付日 年 月 日										常務		事務長等			担当

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入金日数合計	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 ～ 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 ～ 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 ～ 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 ～ 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 ～ 年 月 日まで	日間
入院した保険医療機関等	名称 所在地				