

常務理事	事務長	担当

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

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	氏名	続柄	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。			

・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。  
・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住所	(〒 - )
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )
宛名	

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。 令和 年 月 日

【注意事項】

有効期間: 申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最長で初めて到来する7月末日まで。

(R6.11)

受付日付印
-------

\* 申請書提出先(健康保険組合まで、社内便・郵便・メールなどで直接お送りください)

大塚製薬健康保険組合 〒771-0284 徳島県板野郡北島町高房字居内1-1 電話 088-676-2765  
メールアドレス kenpo2765@otsuka.jp

# 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

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、添付書類を削減しています。  
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 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
			市区町村名 <input type="text"/>
	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 <input type="text"/>