

決 定 同		年度非課税 長期該当・・・非該当 / 該当(年月日)			
常務理事	事務長	交付年月日	年 月 日	取得日	年 月 日
		発効年月日	年 月 日	認定日	年 月 日
課長	担当	備考			

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

以下の内容をよく読んでからご記入ください。

この申請書は住民税非課税世帯用です。
被保険者本人が住民税課税の場合、別用紙での申請が必要です。

- ①「添付書類」を参考に、該当するものを添付してください。
- ②発効年月日は、申請書を当健康保険組合で受理した月の1日からとなります。
- ③有効期限が切れた認定証をお持ちの場合はご返却下さい。未返却の場合、交付することができません。
紛失等で返却できない場合は、滅失届（当組合のホームページに掲載）を添付してください。
- ④この申請書は、直接当健康保険組合（下記住所）へお送りください。
- ⑤ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。

〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町637 第五長谷ビル9階 (TEL)075-343-6570

被 保 険 者 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号一番号	—	所属店			
	被保険者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	被保険者の 住所および 連絡先	〒 (—)	日中連絡先 TEL ()			
認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	療養予定期間	<input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来				不明の場合は予定日を ご記入下さい
	傷病内容	<input type="checkbox"/> ケガ以外 <input type="checkbox"/> ケガまたは腰痛・首痛・膝痛	⇒ * 「負傷原因報告書」を添付してください (腰痛・首痛・膝痛の場合は被保険者のみ) ※の書類は当組合のホームページに掲載⇒ http://www.kenpo.gr.jp/sgh/			
	ケ ガ に よ る 場 合	① 第三者行為による傷病ですか (交通事故・暴力など) ② 業務上や通勤(退勤)途上 による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⇒ * 「第三者行為による傷病届」を 添付してください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⇒ 健康保険の使用はできません 勤務先へ連絡し、労働災害の手続きを お取りください
	療養を受ける方は、*長期入院に該当しますか? ※長期入院とは申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院している ことです。但し、市区町村民税が課されていない期間の入院に限ります		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⇒ 「はい」と答えた場合、2ページ目の 「長期入院欄」をご記入ください		
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します			記入日	年 月 日		
SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長様						

添 付 書 類	被保険者（本人）の住民税非課税証明書（原本）を添付してください。（市区町村窓口にて申請）					
	4月～7月診療分 ⇒ 前年度の非課税証明書 8月～翌年3月診療分 ⇒ 当年度の非課税証明書 但し「市区町村長証明欄」に証明を受けたとき、又はマイナンバーでの情報確認を希望される場合、 住民税非課税証明書の添付を省略できます。2ページ目をご覧ください。					

「健康保険限度額適用認定証」は上記被保険者住所へ送付致します。 別のところへ送付を希望する場合は下記にご記入ください。 住所 〒 — 氏名 — TEL — —				受付印
---	--	--	--	-----

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合にご記入ください
また、入院期間を証明する書類（入院期間が記載されている領収書など）を添付してください

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日数	入院をした保険医療機関等の名称	住所
	①	年　月　日から 年　月　日まで			
②	年　月　日から 年　月　日まで				
③	年　月　日から 年　月　日まで				

非課税証明書を添付される場合、この証明は必要ありません

市区町村長証明欄	当該被保険者（氏名）には（　）年度の市区町村税が課税されないことを証明する		
	市区町村長名		印

マイナンバーによる課税情報等の確認をご希望される場合

1. マイナンバーにより申請される方は**被保険者の個人番号**を記載してください。

被保険者の個人番号（マイナンバー）記載欄

2. ご本人様確認書類を添付してください

マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの場合 ⇒ マイナンバーカードの両面のコピーを添付してください

マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちでない場合

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| ①
番号確認書類 | ● 個人番号通知のコピー |
| | ● 住民票（マイナンバーの記載のあるもの） |
| | ● 住民票記載事項証明書（マイナンバー記載のあるもの） |

①から1つ、②から1つ
合計2つを

《添付書類貼付欄》に
添付してください

- | | |
|-------------|----------------------------|
| ②
身分確認書類 | ● 運転免許証のコピー |
| | ● パスポートのコピー |
| | ● その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー |

《添付書類貼付欄》