

決 定 伺		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

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。

以下の内容をよく読んでからご記入ください。

- 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、減失届（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 TEL075-343-6570

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 と こ ろ	被 保 険 者 情 報	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/sgb/					
		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) <input type="checkbox"/> はい ⇒ ※「第三者行為による傷病届」を添付してください <input type="checkbox"/> いいえ					
		② 業務上や通勤(退勤)途上による傷病ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 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 <input type="checkbox"/> いいえ						
	療養を受ける方は、※長期入院に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい ⇒ 「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 <input type="checkbox"/> いいえ <small>※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、市区町村住民税が課されていない期間の入院に限ります</small>							
	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							
S G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。	受 付 印
住所 〒 —	
氏名 TEL — —	

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		

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）



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

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

《添付書類貼付欄》