記入上の注意等

1. 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。

2. 市町村民税が非課税となっている方は、住民票住所の情報を記入いただく必要があります。
   ※健康保険組合で非課税の情報が確認できない等、非課税証明書の提出をお願いする場合がございます。

3. 標準負担額の減額を受けられることにより、生活保護法の規定による要保護とならない方については、「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」又はこれらの写に事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。

4. 長期該当者として申請する方は、標準負担額に係る領収証の写し（入院期間に標準負担額を伴なわない期間がある場合は、入院期間に係る保険医療機関等の証する書類）を添付してください。

5. 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

常務理事	事務長	業務課長	担当

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

以下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。

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ	被保険者等	記号		番号			
	被保険者	氏名	印			生年月日	年　月　日
	認定対象者	氏名		続柄		生年月日	年　月　日
	被保険者住所	〒 電話　（　　）					
	標準負担額減額の別 （いずれかにチェック）	□市町村民税非課税者 □食事療養標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者					
	長期入院	□該当　□非該当　※申請日の前1年間で入院日数が合計90日を超える場合に該当					
	ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。					入院日数合計（　　日間）	
	①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間				
		入院をした保険医療機関等	名称				
			所在地				
	②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間				
		入院をした保険医療機関等	名称				
			所在地				
	③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間				
		入院をした保険医療機関等	名称				
			所在地				

送付希望先	被保険者記入欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 〒 電話　（　　）
宛　名	

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。

※健康保険組合で非課税の情報が確認できない等、非課税証明書の提出をお願いする場合がございます。

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	〒
		市区町村名	
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	〒
		市区町村名	

受付年月日

（2024年12月改訂）

KDDI健康保険組合