市区町村民税　非課税者用

※健康保険組合決裁欄				
決裁	令和　年　月　日	常務理事	事務長	係
交付	令和　年　月　日			

健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書

下記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付の申請します。

健康保険証の		記　号		番　号	
被保険者	氏　名		事業所	名　称	(株)
	生年月日	昭・平　年　月　日		所属部署	
減額対象者	氏　名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令　年　月　日			
被保険者の住所	〒 電話番号　(　　)				
認定証送付先住所	〒 受取人氏名: 電話番号　(　　)				
被保険者が70歳以上の場合該当する方に○		低所得者Ⅱ	被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合		
		低所得者Ⅰ	被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得が0円になる場合		

▼ 次の欄は申請日前1年間で減額対象者(住民税非課税者)としての入院期間が90日を超えるために申請する場合は記入してください。 **※入院期間を証明する書類の添付が必要**		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
	入院した保険医療機関等	名　称	
		所在地	

▼被保険者、減額対象者以外の方が申請する場合は下記の欄をご記入ください。

申請代行者氏名		被保険者との関係	
		連絡先TEL	
申請代行理由			

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

【注意事項】
・「認定証」の発効年月日については、原則として健保組合が受付した日の属する月の初日となります。
・「認定証」の有効期限については、初めて到来する7月末日までとなります。
・傷病の原因が、ケガなど外傷性の場合は別に「負傷届」又は「第三者行為による傷病届」の添付が必要です。
・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。
診療月が1月～7月の場合は前年度(内容は前々年中の所得)、8月～12月の場合は当年度(内容は前年中の所得)の非課税証明書を添付してください。ただし、本書に市区町村長の署名捺印がある場合には別に非課税証明書を添付する必要はありません。

202204