

別紙のとおり、認定証を交付いたします。

伺日：令和 年 月 日
決裁：令和 年 月 日
送付：令和 年 月 日

常務理事	事務長	部長	副部長・次長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者が
市町村民税非課税者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号番号	〇〇 - 〇〇〇〇				
	被保険者 (市区町村民 税非課税者)	氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日
		住所 (連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇〇 Tel 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
		勤務先 事業所	〇〇労働金庫			
	減額対象者 (認定証が 必要な方)	氏名	健保 太郎		生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日
		性別	男・女	被保険者 との続柄	本人	
	標準負担額の減額の別 (いずれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 被保険者が市町村民税非課税者 <input type="radio"/> 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 について	<input checked="" type="radio"/> 1 非該当 2. 該当 [入院日数合計(____日間) ※以下①～⑤を記入して下さい]				
	※ 長期入院とは、申請月以前12ヶ月以内の非課税期間にあたる入院日数が90日以上の場合をいいます。					
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで
入院をした保険医療機関等		名称				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				

上記のとおり、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の交付を申請します。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

受付日付印

備考欄

市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は、令和 _____ 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	㊟
-----------------	--	---

※記入上の注意、添付書類については別紙をご覧ください。

記入上の注意、添付書類等について

1. 提出時には、申請書下欄に市区町村長から証明を受けるか、または「市町村
住民税非課税証明書（写し可）」を添付してください。

※ 4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明、8月～翌年3
月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要です。

例) ・令和2年4月診療分を申請したい場合

→ 令和元年度の非課税証明書

・令和2年8月診療分～令和3年7月診療分を申請したい場合

→ 令和2年度の非課税証明書

・令和3年8月診療分～令和4年7月診療分を申請したい場合

→ 令和3年度の非課税証明書

2. 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
護とならない者については、「限度額適用・標準負担額減額認定該当(オ)」
と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」ま
た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。

3. 長期該当者として申請する者は、標準負担額に係る領収証（入院期間に標
準負担額を伴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。

4. 申請書は、全国労働金庫健康保険組合へ提出してください。

なお、認定証の送付先は申請書に記載された被保険者の住所宛となります
ます（被保険者の住所以外の場所へ送付を希望する場合は、申請書を提出す
る際にその旨をメモ等でお知らせください）。

(提出先) 〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20

第2龍名館ビル4F

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162