別紙のとおり、認定証・通知書を交付いたします。

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	被保険者等記号・番号	―			
	被保険者（市区町村民税非課税者）	氏 名		生年月日	昭・平　　年　　月　　日
		住 所（連絡先）	〒　　－ TEL　　（　　）		
		勤務先事業所			
	減額対象者（認定証が必要な方）	氏 名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
		性別	男 ・ 女	被保険者との続柄	
		マイナ保険証有無	有 ・ 無		
		認定証の交付が必要な理由※	※マイナ保険証をお持ちの方のみ		
	標準負担額の減額の別（いずれかに○）	・ 被保険者が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			
	長期入院について	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　年　月　日から 令和　年　月　日まで		日間
		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　年　月　日から 令和　年　月　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　年　月　日から 令和　年　月　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　年　月　日から 令和　年　月　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・標準負担額の減額認定を申請します。

受付日付印

被保険者等記号･番号に代えて被保険者の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。）

備考欄	

以下に該当する住所を市区町村名まで記入してください。

非課税者の情報	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・都道府県名・市区町村名 〒　　－　　都道府県　　市区町村
	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・都道府県名・市区町村名 〒　　－　　都道府県　　市区町村

※記入上の注意、添付書類については別紙をご覧ください。

（別紙）

記入上の注意、添付書類等について

１．原則として、資格確認書をお持ちの方にのみ、認定証を発行します。
マイナ保険険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）へは処理が完了した旨をお知らせする通知書を送付します（当健保組合の事務処理が完了するとマイナ保険証による受診時に減額認定の情報が連携されます）。
※医療機関等でマイナ保険証によるオンライン資格確認ができない等の事情がある場合は、認定証を発行することができます。

２．健保組合がマイナンバー制度における情報連携による照会で、（非）課税情報を確認できるため、原則として、証明書の提出は不要です。ただし、諸事情により照会結果が得られない方については、後日、自治体が発行する証明書の提出を依頼します。

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。

４．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。

５．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（または通知書）の送付先は申請書に記載された被保険者の住所宛てとなります（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