

・ 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。
当健保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特定疾病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。

健保組合 使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付年月日	事業主側経由所属		
					長	長	担当者
	発効年月日	令和 年 月 日	長期入院	該当 ・ 非該当			
	有効期限日	令和 年 月 日	長期入院該当日 (申請月の翌月1日)	令和 年 月 日			
	適用区分	才：70歳未満非課税者 II：70歳以上非課税 I：70歳以上所得なし					

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

被保険者番号										
被保険者	氏名							事業主	名称	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)							所在地	
減額対象者	氏名							被保険者との続柄		
	生年月日	年 月 日 (満 歳)								
被保険者（減額対象者）の住所										
長期入院	該当 ・ 非該当	※長期入院該当とは、申請月以前の1年間で90日以上入院されている場合								

※ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入して下さい。				入院日数合計(日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和 年 年 月 月 日 日 から 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)	令和 令和 年 年 月 月 日 日 から 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)	令和 令和 年 年 月 月 日 日 から まで	日間				
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
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 日 から まで	日間				
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
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 日 から まで	日間				
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
申請方法について、以下①②のいずれかを選択し、☑を入れてください。							
☐ ①上記のとおり健康保険法施行規則第105条の規定に基づき、事業主を経由して申請します。							
☐ ②上記のとおり健康保険組合に直接申請します。							
令和 年 月 日 被保険者氏名： ※自署の場合、押印省略可							

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 ㊞
-------------	---