

【申請前にご確認ください】

- ・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。
- ・当健康保険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負担割合等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	事業主側經由所属		
					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	オ：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	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者	氏名	健 保 太 郎					事業主	名称	〇〇株式会社
	生年月日	昭和 35年 7月 7日 (満 65 歳)					所在地	〇〇県〇〇市△△町 1 - 2	
減額対象者	氏名	健 保 太 郎					被保険者との続柄	本人	
	生年月日	昭和 35年 7月 7日 (満 65 歳)							
被保険者(減額対象者)の住所						〇〇県〇〇市△△町 1 - 1			
長期入院	〇 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 ( 111 日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 8年 1月 10日 から	令和 8年 5月 1日 まで	111 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇総合病院△△科				
		所在地	〇〇県〇〇市△△町 5 - 5				
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					
		所在地					
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					
		所在地					
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					
		所在地					
⑤	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					
		所在地					

健康保険法施行規則第105条に、「交付その他の手続を事業主を経由して行おうとするときは、事業主及び保険者に対し、その旨の意思を表示しなければならない。」と定

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 8年 1月 5日 被保険者氏名 **健保 太郎** ※自署の場合、押印省略可

市区町 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

印

②に☑を入れた場合は、直接健康保険組合に郵送もしくは社内便で送付してください。