

【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	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								
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 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	
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	

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	印
-------------	-----------------------------------	---

【備考欄】