

※市区町村民税非課税者用

☆被保険者証の記号番号
を選択した場合は、今ま
でと同様の手続きで可能
となります。

(注)個人番号および本人
の確認をするための添
付書類は不要です。

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、□にレ点にご記入下さい。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の
確認をするための添付書
類が必要です。

備考欄

(注)個人番号カードは、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

健保受付日付印

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。

上記のとおり相違ありません。

令和 ××年 8月 2日

市区町村長名 △△ △△△

被保険者が市町村民税非課税の場合、居住地の市町村から証明を得て下さい。

※4月から7月診療分は、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分は、当年度の課税に関する証明を受けてください。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

※市区町村民税非課税者用

※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、備考欄にマイナンバー記載してください。（その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要）

☆被保険者証の記号番号を選択した場合は、今までと同様の手続きで可能となります。
(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類は不要です。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号番号	記号 ×××	番号 ×××××	フリガナ 被保険者氏名	ケンボ タロウ									
	事業所名 (所属部署)	日本たばこ産業(株) ○○○支店△△△営業部												
	フリガナ	ケンボ タロウ					生年 月	日	被保険者との続柄	本人				
	減額対象者の氏名	健保 太郎					昭和 令	平	×	×	×	×	×	×
	減額対象者の住所	東京都○○区△△町15-1-201												
	個人番号が記載された申請書を 事業主経由で提出する方	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (※委任する方は口にし点を付けてください。)												
	長期入院	☒ 該当 ☐ 非該当					*長期入院とは、申請を行った日以前1年間に90日を超えて入院(入院期間が市区町村民税が課せられていない)されていることです。							
	標準負担額の減額の別	☒ 市区町村民税非課税者 ☐ 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												
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 ××年 ×月 ×日から平成・令和 ××年 ×月 ×日まで 25日間											
	入院した保険医療機関等	名称	□□□病院											
		所在地	東京都△△区○○町2-2											
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間											
	入院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)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間											
入院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)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間												
入院した保険医療機関等	名称													
	所在地													
上記のとおり申請します。														
令和 ××年 8月 25日 住所 ○○市○○区△△町2-1														
ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者(申請者) 電話番号 ×××(×××)0000														
氏名 健保 太郎 (印)														
記 入 す る 欄	被保険者および その家族(被扶 養者)の方以外 が申請する場 合、その連絡先 等を記入	〒 ××××-×××× 東京都△△区○○町2-2 連絡先Tel ×××(×××) 3333												
	名称(氏名)	健保 一郎 (印)					被保険者との関係	父						
	申請代行の理由	☒ 被保険者本人が入院中で外出ができない ☐ その他 ()												

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する方は、口にし点にご記入下さい。

(注)申請代行者が手続きを行うときは、押印不要です。

被保険者およびその家族(被扶養者)以外が、申請代行するとき、ご記入して下さい。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

健保受付日付印

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。

上記のとおり相違ありません。

令和 ××年 8月 2日

市区町村長名 △△ △△△ (印)

被保険者が市町村民税非課税の場合、居住地の市町村から証明を得て下さい。

※4月から7月診療分は、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分は、当年度の課税に関する証明を受けてください。