



常務理事	事務長		担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の記号・番号		記号	番号	※マイナ保険証をお持ちの方は、限度額適用・標準負担額減額認定証は発行されません。当組合へ提出いただいた申請書類の事務手続きが完了後、マイナ保険証による受診時ご減額認定の情報が確認できます。	
被保険者	氏名			事業所	名称
	生年月日	年 月 日			所在地
対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女
被保険者(減額対象者)の住所			〒		
適用対象年月			年 月分から適用される認定証が必要です。		
認定証の送付先希望			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 (〒)		

長期入院	該当・非該当	長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。			
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください			入院日数合計(日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	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)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	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)	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

☆市区町村民税が非課税の方が対象です。下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、申請書の余白へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。)

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

西日本プラスチック工業健康保険組合理事長 殿

(注) 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。 市区町村名 _____ ㊟
--------------------	---