

健保 記入欄	資格取得日	標準報酬		区分	期限	常務理事	事務長	担当	処理
	年 月 日	決定 月額	年 月 日 千円		年 月 日 ~ 年 月 日				

健康保険限度額適用認定申請書（一般者用）

標準負担額減額認定申請書（非課税者用※）

※被保険者が市区町村民税非課税の場合は、「非課税証明書」を添付してください。

※4～7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月～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になります。

※マイナンバー制度による「非課税証明書」の提出が省略可能です。裏面の注意事項をご確認ください。

被保険者証の記号・番号		記号					番号						
被保険者	氏名												
	生年月日	昭和 平成	年	月	日								
	自宅の住所	〒								電話番号(自宅・携帯)			
	事業所名称								所属				
	職場の住所 (職場への送付を希望する場合にご記入ください)	〒								電話番号(日中の連絡先)			
	備考欄												

適用 対象者	氏名											
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄						
	自宅の住所	〒								電話番号(自宅・携帯)		
	申請期間 (療養予定)	令和 年 月 ~ 令和 年 月										
	申請期間は、申請書を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。 ※減額認定証の有効期限については、翌年の7月迄(当該申請のあった日の属する月が1月～7月迄の場合は、当年の7月末迄)となります。											

希望 送付先 (いずれかに○)	・職場	社内便又は郵便書留で、上記の職場宛に送付します。 (関係会社の方は総務担当者経由の場合あり)										
	・自宅	郵便書留で、上記のご自宅宛に送付します。										
	・その他											
	・医療機関	名称								電話番号		
※医療機関にて了解を得た場合に限り、郵便書留で送付します。		〒										
		宛名										

以下は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください（※確認欄の✓必須。）

申請 代行者	※確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)の届出意思に相違なく作成されたものである。										
	氏名								被保険者 との続柄			
	申請代行の理由								電話番号(日中の連絡先)			

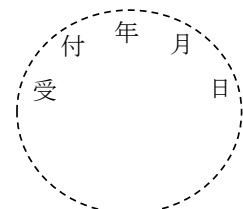
本申請書の提出を事業主へ委任する場合は、下記に☑を付してください。

本申請書の提出を事業主へ委任します。

上記のとおり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

島津製作所健康保険組合殿



注意事項

<マイナンバーを記載する上での注意>

保険者証の記号番号記載に代えてマイナンバーを記載して申請することができますが、その場合は次の注意事項を守ってください。

- マイナンバーは備考欄へ記載してください。
- マイナンバーを記載した場合は、記号番号は記載しないでください。
- マイナンバーを記載して申請する場合は、個人番号確認、そして本人確認をするための書類を必ず添付してください。

「非課税証明書」

マイナンバー制度による情報確認にて「非課税証明書」の提出が省略可能です。希望される方は、課税情報の照会を行いますので、下記に☑を付し、住民票登録をしている市区町村名を記入してください。

- マイナンバー制度による課税情報の確認を希望します。

住民票登録をしている市区町村名

※マイナンバーによる課税情報の確認が取れない場合は、「非課税証明書」の提出依頼をさせていただきます。