健保組合記入欄	別紙のとおり、認定証を交付します。 決　裁:　　年　　月　　日 交　付:　　年　　月　　日

常務理事	事務長	課　長	課長補佐	係　長	係

市区町村民税非課税などの低所得者用

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者 申請者 情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号	番号	マイナンバー　被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください
氏　名	（フリガナ）		生年月日　□ 昭和　□ 平成
住　所 電話番号（日中の連絡先）	（〒　　ー　　）　都 道 府 県		TEL　（　　）

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日　□昭和 □平成 □令和　年　月　日	続柄
療養予定期間	令和　年　月　日～　令和　年　月　日		
傷病原因（番号に〇）	1. ケガなどの外傷性によるもの ➡ 別途「負傷原因届」が必要です。	2. 1以外によるもの	
療養する方は、長期入院されましたか。 ※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。	□ は　い ➡ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 □ いいえ		

希望送付先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所	〒　　ー　　都 道 府 県　市 区 町 村
電話番号（日中の連絡先）	（　　）
宛名	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名		被保険者との関係	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で外出できないため □ その他（　　）

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。

令和　　年　　月　　日

（241202）

受付日付印

・**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減額認定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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

観光産業健康保険組合

市区町村民税
非課税などの
低所得者用

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

長期入院欄			
申請を行った月以前1年間の入院日数合計	日間		
1 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
2 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
3 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
4 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
5 申請を行った月以前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下のいずれかの方法により申出（☑）を行ってください。

☐ **①マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望**

1月1日の住民票住所	（〒 ー ）

※1月～7月診療分について前年の1月1日の住所を、8月～12月診療分については当年の1月1日の住所を記入してください。

☐ **②「（非）課税証明書」原本の添付**

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「（非）課税証明書」を市区町村から交付を受け、原本を添付して下さい。
※4月から7月診療分については前年度の「（非）課税証明書」、8月から翌年3月診療分については当年度の「（非）課税証明書」