

常務理事	事務長		係

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	200 — 5				
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)					
	事 業 所 名	株式会社〇〇〇				
	被 保 険 者 の 氏 名	大阪 太郎				
	生 年 月 日	昭和 平成	1	年	5 月 6 日	
	被 保 険 者 住 所	〒 541 — 0000 大阪市・・・ Tel 06 [1234] 5678				
	減 額 対 象 者 の 氏 名	大阪 太郎				
	減 額 対 象 者 の 生年月日	昭和 平成 令和	1	年	5 月 6 日	続柄

市 区 町 村 証 明 欄	下記証明欄は(非)課税証明書の添付をされた方は不要です。 当該被保険者(氏名: 大阪 太郎)には令和 6 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 令和 6 年 12 月 26 日 市区町村長名: 〇〇〇〇市役所 市長〇〇〇				

※4月から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を市区町村長から受けてください。

長 期 入 院 欄	申請日を行った月以前1年間に減額対象者としての入院日数が90日超える場合は、保険医療機関ごとに入院(日数)を記入してください。				
	1	申請を行った月以前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)	令和 年 月 日から 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		
	申請を行った月以前1年間の入院日数合計		日間		

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

申請書送付先
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合 あて

受付年月日