

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、原則、認定証は発行されません。
マイナンバーカードに対応した医療機関等では、受診時に減額認定の情報が反映されます。

常務理事	事務長		担当者

健康保険標準負担額減額申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号番号		—		標準負担額の減額の別		市町村民税非課税者		
	被保険者	氏名			減額対象者が	氏名			
		生年月日			被扶養者であるとき	生年月日			
	被保険者の住所		〒						
	長期入院	該当 ・ 非該当							
	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下さい。					入院日数合計 (日間)			
	①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			令和 年 月 日から			日間	
					令和 年 月 日まで				
		入院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)			令和 年 月 日から			日間		
				令和 年 月 日まで					
	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)			令和 年 月 日から			日間		
				令和 年 月 日まで					
	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)			令和 年 月 日から			日間		
				令和 年 月 日まで					
	入院した保険医療機関等			名称					
				所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)			令和 年 月 日から			日間		
				令和 年 月 日まで					
	入院した保険医療機関等			名称					
				所在地					

「非課税証明書」を添えて健康保険標準負担額減額認定証の交付を申請します。