

1

保険証に記載の
記号・番号を
ご記入ください。

(右詰め)

被保険者(本人)
被扶養者(家族)とも
記号・番号は同じです。

2

「はい」に該当する場合は
2ページ目を
必ずご記入ください。

3

自宅での受け取りが
できない場合に
ご記入ください。
不備等により書類を
お返しする場合も
この送付先へ送付します。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村長税
非課税などの
所得者用

1 2 ページ

被保険者(申請者)記入用

市区町村長税の非課税の方は、2ページ目に市区町村長の証明を受ける欄があります。

1

被保険者証の
(番号)

記号 番号

1 2 3 4 5

生年月日 年 月 日

6 1 7 3

氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ

健康 太郎

住所 〒 123 - 0000 愛知 名古屋市中区△△△1-1
□□□マンション101

電話番号 (市外局番) TEL 052 211 2439

2

健康を受ける方 氏名 健康 太郎

生年月日 年 月 日

6 1 7 3

期間 令和 2 年 10 月 1 日 令和 2 年 11 月 31 日

「はい」に該当する場合は、2ページ「長期入職」に申請を行った月以降1年間の入職期間をご記入ください。

3

「はい」に該当する場合は、2ページ「長期入職」に申請を行った月以降1年間の入職期間をご記入ください。

「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 〒 () 新築
築年/月

電話番号 (市外局番) TEL ()

宛先

「申請代行者欄」は、被保険者および健康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

被保険者本人が入職中で出社できないため

申請代行の理由 その他 ()

TEL ()

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を送付する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

年 月 日提出
受付日付印

氏名	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

名古屋薬業健康保険組合

1/2

(R3.10)

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

TEL:052-211-2439

名古屋薬業健康保険組合 業務課

HP:<https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

4

申請月以前の1年間で90日を超えて入院される方は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書など)を添付してください。

5

療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。4月～7月診療分については、前年度の課税についての証明を、8月から翌3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。

(例)

●令和2年4月～7月診療分を申請したい場合：
令和元年度(平成31年度)(平成30年中収入)の(非)課税証明を受ける。

●令和2年8月～令和3年3月診療分を申請したい場合：令和2年度(令和元年中収入)の(非)課税証明を受ける。

1 2 ページ

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税
非課税などの
所得者用

被保険者(申請者)記入用

申請を行った月以前の1年間の入院日数合計	92 日数				
1 申請を行った月以前の1年間の入院期間(日数)	R2 年 10 月 1 日 から R2 年 10 月 31 日まで 31 日数				
入院した保険医療機関等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">名称</td> <td>〇〇〇〇病院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>名古屋市〇区〇〇〇〇11-111</td> </tr> </table>	名称	〇〇〇〇病院	所在地	名古屋市〇区〇〇〇〇11-111
名称	〇〇〇〇病院				
所在地	名古屋市〇区〇〇〇〇11-111				
2 申請を行った月以前の1年間の入院期間(日数)	R2 年 8 月 1 日 から R2 年 9 月 30 日まで 61 日数				
入院した保険医療機関等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">名称</td> <td>△△△△病院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>名古屋市△区△△△△1-1111</td> </tr> </table>	名称	△△△△病院	所在地	名古屋市△区△△△△1-1111
名称	△△△△病院				
所在地	名古屋市△区△△△△1-1111				
3 申請を行った月以前の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで 日数				
入院した保険医療機関等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>	名称		所在地	
名称					
所在地					
4 申請を行った月以前の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで 日数				
入院した保険医療機関等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>	名称		所在地	
名称					
所在地					
5 申請を行った月以前の1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで 日数				
入院した保険医療機関等	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> </table>	名称		所在地	
名称					
所在地					

※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。

5

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

市区町村民税 (非)健康太郎 (令和2年度)の市区町村民税が課税されないことを証明する。

市区町村長 〇区長 葉業太郎

社会保険労務士のはりだけ行商事 記入欄

被保険者名等の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
(マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)

名古屋茶業健康保険組合 2/2

■ご記入後は当組合へご提出ください。

■申請月の初月(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から初めて到来する7月末日が有効期限となります。

■申立(お電話等)による交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

■申請書が当組合に届き次第、交付いたしますので保険証と併せて医療機関へご提示ください。

■任意継続や定年再雇用等で保険証の記号番号が変更になる場合、保険証と同じ記号番号の認定証の交付が必要です。再度申請ください。