市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

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名	
被保険者	氏名		生年月日	
			年　月　日	
	住所			
	〒　　―		電話　（　　）	
減額対象者	氏名		生年月日	
			年　月　日	
	被保険者との続柄	第三者行為（交通事故など）によるものですか		
		いいえ　・　はい　（はいの場合は、事前に三井健保（03-3243-1406）までご連絡ください。）		
	ここから下は申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合に記入			
	入院した医療機関名・電話番号	入院期間		
	電話　（　　）	年　月　日から 年　月　日まで（　日間）	入院日数合計 （　日間）	
	電話　（　　）	年　月　日から 年　月　日まで（　日間）		

◆年月日は元号でご記入ください。

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、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、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

市区町村長の証明欄（※）	年　月　日 当該被保険者には　＿＿＿＿年度　の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

【留意事項】

- ●診療月が1～7月の場合は診療月の前年度の非課税証明書、8～12月の場合は診療月と同じ年度の非課税証明書の原本を**添付**してください。（例：診療月が令和7年2月の場合→令和6年度非課税証明書の添付が必要です）
  ただし（※）欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。
- ●申請日前1年間の減額対象者としての入院期間が90日を超える場合は、医療機関発行の食事代（標準負担額）がわかる領収書の原本を**添付**してください。
- ●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。三井健保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。
- ●医療機関等が「マイナ保険証」に対応できない等、証交付が必要な方は事前に給付課までご連絡ください。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。 年　月　日 事業所の所在地 名　称 事業主氏名

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課		
					発議日	年　月　日
					発効日	年　月　日
					有効期限	年　月　日
					長期　非該当・該当	年　月　日
					証交付	有・無

R7.4 三井健康保険組合