

記入例	事務長			担当者	※	受付日	令和	年	月	日	※適用区分
						交付日	令和	年	月	日	

70歳未満の住民税非課税者、70歳以上の住民税非課税者もしくは非課税世帯は、医療機関窓口での支払いを自己負担限度額までにしたいときは、本申請が必要となります。

健康保険

限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

被保険者(申請者)記入用

申請者 ☐ 健康保険組合

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の(右づめ)	000	0000	☒ 昭和	500915	
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
住民票住所	(〒 000 -0000) 大阪府 〇〇〇〇市〇〇〇-〇					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 00 (0000) 0000					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)						

裏面(2枚目)も必ずご提出ください

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
				50 年 9 月 15 日	
	療養予定期間	令和 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 9 月			
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です。				☐ はい ☒ いいえ	
「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。					

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	(〒 -)	都道府県		
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ()			
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				
	氏名				
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ()			

申請書送付先
ダスキン健康保険組合
〒564-0051
大阪府吹田市豊津町9-1
EDGE江坂10階

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。
※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻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。

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特定疾病の情報が反映されます。

標準報酬月額53万円以上の方、70歳以上の標準報酬月額28万円以上のかたは、本申請は適用となりません。
また、日本国内に住所が無いことにより翌年度の住民税が課されない方も、本申請は適用となりません。

受付日付印

2024/12/02

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
低所得者用

被保険者(申請者)記入用

申請者 ☐ 健康保険組合

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、いずれかの方法により申出を行ってください。

☐ 「(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ください。

※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「(非)課税証明書」を添付ください。

☒ マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望（マイナンバーを事業所へ届出済の方のみ選択可）

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の
住民票住所

(〒

—

前年度の非課税申告済みであれば
選択いただけます。

※診療月が1月～7月の場合はその前年の1月1日の住民票住所、診療月が8月～12月の場合はその年の1月1日の住民票住所を記入してください。