食事療養・生活療養標準負担額減額認定申請書の記入例

70歳未満の方（市町村民税非課税世帯の方）が、食事療養・生活療養標準負担額減額認定証の交付を受けるとき

限度額適用

第 一 種　食事療養・生活療養標準負担額減額　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

※ 適用区分	70 歳未満	ア イ ウ エ オ	70 歳以上	現役並みⅡ　現役並みⅠ　低所得Ⅱ　低所得Ⅰ	（　　年　　月末まで）	
被保険者証記号・番号	71-1505	1150	組合員	氏　名	田崎　健三	事業所名　平河土木株式会社
				個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
限度額適用減額対象者氏　名	田崎　澄代			※	昭 ・ 平 ・ 令　△△ 年 △△ 月 △△ 日生	
				個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
療養予定期間（「至」欄が不明の場合、記入は不要です。）					自　令和　△△　年　△△　月	至　令和　△△　年　□□　月

長期入院	該当・非該当		
①	申請日の前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	
	入院を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　日から令和　年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

市町村長が証明する欄	1　下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員及びその世帯に属する被保険者に　△△　年度の市町村民税が課されないことを証明する。 田崎　健三　・　田崎　澄代　・　田崎　一雄 田崎　律子　・　　・ 2　当該減額対象者の属する世帯の減額区分は、（　非課税・基準額以下　）であることを証明する。 令和△△年△△月△△日　市町村長名　八潮市長　○○　○○

上記のとおり申請します。
令和△△年△△月△△日

組合員
郵便番号　340－0815
住　所　埼玉県八潮市八潮３－１－２
氏　名　田崎　健三
電　話　（ 048 ）123 － 4567

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

（注）１ ～ ５ （略）

6　認定証は、対面での受け取りが必要な方法で送付しますので、日中不在等の理由により受け取りが難しい場合は、下表に希望送付先を記入してください。

認定証の希望送付先（受け取り希望先が上記住所以外の場合）

住　所	〒　－		
電話番号	（　　） ※日中連絡が取れる番号を記入してください。	宛　名	組合員との関係（　　） ※宛名が組合員本人である場合、記入は不要です。

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証等を提示することなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証等の申請手続きは不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

◎「食事療養・生活療養標準負担額減額」を○で囲んでください。

※欄は記入不要です。

◎被保険者証及び個人番号（マイナンバー）カード等をご確認のうえ記入してください。

◎療養予定期間を記入してください。
なお、食事療養・生活療養標準負担額減額認定証の有効期限は、原則、最初に到来する７月31日までとなります。
有効期限後も食事療養・生活療養標準負担額減額認定証の交付を必要とされるときは、改めて申請書を提出してください。

◎「非該当」を○で囲んでください。

◎記入不要です。

過去 1 年間の入院期間が 90 日を超える場合は、別途記入例がありますので、ご確認ください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

◎上記に記載した住所以外への送付を希望する場合は、送付先を記入してください。
送付先が自宅以外（病院等）の場合、受取人を「宛名」欄に必ず記入してください。

◎　所得課税情報等について

1　適用区分決定に必要な所得課税情報は、組合が情報連携により取得しますが、情報が取得できないときは非課税証明書等の提出を依頼します。
　なお、食事療養・生活療養標準負担額減額認定証の速やかな交付を希望されるときは、「市町村長が証明する欄」に市町村長の証明を受けるか、同一世帯に属する被保険者全員の非課税証明書等を添付してください。

2　事業主は、組合員から食事療養・生活療養標準負担額減額認定証交付申請の委託を受けたときは、申請書の記載漏れを確認のうえ提出してください。

◎　その他添付資料

1　けがのため療養を受けようとする場合、「組合員負傷届」を添付してください。

2　交通事故、闘争など第三者行為によるけがのため療養を受けようとする場合、「第三者行為による被害届」を添付してください。
（「組合員負傷届」、「第三者行為による被害届」は、組合ホームページから印刷できます。印刷環境がない場合は組合までご連絡ください。）