各付印

健康保険 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

※マイナ保険証を利用すれば、この申請は不要になります。
（但し、被保険者が住民税非課税等の場合は、非課税証明書原本を添えて健保への申請が必要です。）

イオン健康保険組合理事長 殿　　下記のとおり申請します。　　令和 ○ 年 5 月 1 日

被保険者	被保険者証の記号と番号	8	234567	事業所の名称	イオンリテール株式会社	部・室店名 ○○店
	被保険者の氏名	健保　太郎		被保険者(対象者)の住所	〒 261 － 8515 千葉県千葉市美 TEL 043 (212) 6048	
		昭和 平成 35 年 6 月 15 日生		上記の住所以外に送付を希望される場合のみ記入	〒	
	対象者の氏名	健保　太郎		対象者の生年月日	昭和 平成 35 年 6 月 15 日生	被保険者との続柄 本人
	交付必要月（必ずご記入下さい）	令和 ○ 年 6 月 ～ ※7/31までの有効期間の認定証を発行します。8/1以降も継続して必要な場合は7/1以降に再度申請下さい。				

こちらに記載された住所に

上記住所以外に認定証の送付を希望する場合に記入して下さい。（例：病院、会社、実家等）

認定証が必要な方の氏名をご記入下さい。

入院開始月、もしくは 高額医療開始月をご記入下さい。

申請代行者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください	
	申請代行者氏名	
	申請代行者の住所	〒 ( )
	申請代行の理由	1．被保 2．その)

被保険者以外の方が申請する場合のみご記入下さい。

長期入院	〔被保険者が住民税非課税等の場合に記入して下さい。〕	該当 ・ 非該当

※ ここから下は被保険者が住民税非課税等で、長期該当者として申請する者のみ記入して下さい。（合計入院日数が90日を超えるとき）

	入院をした保険医療機関等の名称	申請日の前1年間の入院期間（日数）
①		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
②		日間
③		日間
入院日数合計		日間

低所得者の方が、この申請を行う月以前の12ヶ月以内の入院日数が90日を超える場合は、この欄を記入し、入院期間を証明する書類を添付して下さい。

※低所得者：市区町村民税非課税世帯の方、
標準負担額の減額を受けなければ生活保護の要保護者となる世帯の方

市区町村長が証明する欄

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

市区町村町名

令和　年　月　日　　㊞

組合処理欄

標準報酬							台帳照会	
交付年（受付）							・ ・	取得
発効年							・ ・	喪失
交認定							・ ・	認定
令和						受者	・ ・	取消

被保険者が市区町村民税非課税の場合は、被保険者に係る「市町村民税非課税証明書」を添付して下さい。

（受診月に係る「非課税証明書」の添付が必要となります。）
・4月～7月の診療分については、前年度の課税に関する証明
・8月～翌年3月の診療分については、当年度の課税に関する証明
注）ただし、この欄に証明を受けた場合は、非課税証明書の添付は不要です。

※注意事項は裏面参照

2024. 7. 1