住民税非課税世帯用

令和6年11月更新
※70歳以上の方も申請が必要です

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（申請者）記入用

■情報照会を希望しない ☑
マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は☑をいれてください。
希望しないに☑を入れた場合は、非課税証明書を添付してください。
■被保険者本人の住民税非課税証明書（原本）を添付
➤療養予定期間が、４月～７月分申請の場合、前年度非課税証明書を添付
➤療養予定期間が、８月～翌年３月分申請の場合、当年度非課税証明書を添付

区分	所得要件
低所得	住民税非課税
低所得Ⅱ	住民税非課税 年金等収入　80~160万円
低所得Ⅰ	住民税非課税 年金等収入　80万円以下

マイナンバーによる情報照会を希望する場合は、「非課税者の情報」に該当する郵便番号等を記入してください。
情報照会を希望しない場合は、記入不要です。

非課税者の情報			
診療月が１月～７月の場合	「診療月の前年１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号	〒　－
		市区町村名	
診療月が８月～12月の場合	「診療月の当年１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号	〒　－
		市区町村名	

以下のとおり健康保険限度額適用･標準負担額減額認定証の交付を申請します。　申請日【令和　　年　　月　　日】

被保険者情報			
被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 ○○○	番号 ○○○○○	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フ（ワガリ）ガ）ナ　ブンキョウ　ハルコ 文京　春子		生年月日 ☐昭和 ☑平成 ☐令和　○○年○○月○○日
住所	（〒 ×××－×××× ）　東京 都道府県　千代田区○○町○丁目○号		
電話番号（日中の連絡先）	TEL 00（0000）0000		
■事業所名			

認定対象者欄			
療養を受ける方	氏名	文京　春子	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日
療養予定期間	令和　年　月　～　令和　年　月		

事業主記載欄	
☑	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

※健康保険組合使用欄

交付年月日	令和　年　月　日	回収確認印
発効年月日	令和　年　月　日	
有効期限	令和　年　月　日	
所得区分	オ・Ⅰ・Ⅱ	

常務理事	事務長	主任	担当者

鉄道弘済会健康保険組合