

# 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 交付決定決議書

同年月日	令和 年 月 日	限度額区分	常務理事	事務長	業務課長	係
決定年月日	令和 年 月 日					
交付年月日	令和 年 月 日					

標準負担額減額認定証の交付について決定します。

標報月額	千円

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書(非課税者用)

確認欄	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 <input type="checkbox"/> ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。 <input type="checkbox"/> 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ます。	令和 年 月 日 提出
-----	--	-------------

①事業所名称			②被保険者証 記号-番号		
③被保険者氏名	性別 男・女	④生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	⑤年齢	歳
⑥認定対象者が被扶養者の場合は その方の氏名・性別・生年月日・年齢・続柄	氏名	性別 男・女	続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢		歳
⑦診療を受ける医療 機関名称及び住所	名称				
	住所				
⑧第三者行為（交通事故）・業務災害	該当 ・ 不該当	⑨診療区分	入院 ・ 外来		
⑩診療又は手当の期間 (限度額証の有効期限)	令和 年 月 日 ~	年 月 日	まで	⑫公費 または マル福	該当
⑪上記の期間に入院する 場合その期間	令和 年 月 日 ~	年 月 日	まで		不該当
⑬認定証の送付先 (希望する送付先を記入)	(〒 - )	(電話	)		
	住所				
	氏名				
1. 自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。					
⑭市区町村長証明欄	○市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けて下さい。ただし、「課税（非課税）証明書」を添付すれば証明を省略できます。				
	氏名 _____ は、令和____年度の市区町村民税が課されていないことを証明します。				
	令和 年 月 日				
	市区町村長				印

受付印

○被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(注意)

- 市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか、別に課税（非課税）証明書を添付して下さい。なお、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。  
 (例) 令和3年8月～令和4年7月診療分→令和3年度（令和2年中の収入）の「課税（非課税）証明書」  
 令和4年8月～令和5年7月診療分→令和4年度（令和3年中の収入）の「課税（非課税）証明書」
- 認定証の有効期限は、申請月の初日（資格取得した月の場合は資格取得日）から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
- 認定証の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。

令和4年5月改訂版

交付No.

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 交付決定決議書

Header form containing dates (同年月日, 決定年月日, 交付年月日), insurance details (限度額区分, 標準負担額減額認定証の交付について決定します.), and a table for the decision (記入例).

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書(非課税者用)

Confirmation section (確認欄) with a checked box and text: 'この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。' and the date '令和4年5月9日提出'.

Main application form with fields for: ①事業所名称 (〇〇〇協同組合), ②被保険者証記号-番号 (100-33), ③被保険者氏名 (茨城 太郎), ④生年月日 (昭和39年2月23日), ⑤年齢 (58歳), ⑥認定対象者が被扶養者の場合は (茨城 花子), ⑦診療を受ける医療機関名称及び住所 (医療法人〇〇会 〇〇総合病院), ⑧第三者行為 (交通事故)・業務災害 (該当・不該当), ⑨診療区分 (入院・外来), ⑩診療又は手当の期間 (令和4年5月10日～令和4年6月30日まで), ⑪上記の期間に入院する場合その期間 (令和4年5月10日～令和4年5月20日まで).

Section ⑭ 市区町村長証明欄: '〇市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けて下さい。' and '氏名 茨城 花子 は、令和 2 年度の市区町村民税が課されていないことを証明します。' with a red box for the official seal.

Section 〇被保険者のマイナンバー記入欄: A grid for entering the insured person's My Number, with a note: '(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)'

(注意)
〇市区町村民税が非課税の方は、市区町村長の証明を受けるか、別に課税(非課税)証明書を添付して下さい。
(例) 令和3年8月～令和4年7月診療分→令和3年度(令和2年中の収入)の「課税(非課税)証明書」
令和4年8月～令和5年7月診療分→令和4年度(令和3年中の収入)の「課税(非課税)証明書」
〇認定証の有効期限は、申請月の初日(資格取得した月の場合は資格取得日)から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
〇認定証の有効期限が切れた場合、すみやかに農協健康保険組合まで返納して下さい。