

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
決定年月日	令和	年	月	日
交付年月日	令和	年	月	日

限度額区分

常務理事	事務長	業務課長	係

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	④生年月日	昭和 年 月 日	⑤年齢	歳						
	男・女		平成 年 月 日								
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	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 不 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		
⑬認定証の送付先 (希望する送付先を記入)	(〒 -)		(電話)								
	住所										
	1. 自宅 2. 事業所 3. 来所 ※送付先に○を付けて下さい。		氏名								
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

Table with columns for dates: 同年月日, 令和, 年, 月, 日. Rows for 決定年月日 and 交付年月日.

Table with columns for 限度額区分.

Table with columns for roles: 常務理事, 事務長, 業務課長, 係. Includes a red box with '記入例' (Example Entry).

標準負担額減額認定証の交付について決定します。

Table with columns for 標準月額 (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)

Confirmation section 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。①申請者本人（被保険者）が作成したものです。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 4 年 5 月 9 日 提出

Main application form table with fields for ①事業所名称, ②被保険者証記号-番号, ③被保険者氏名, ④生年月日, ⑤年齢, ⑥認定対象者が被扶養者の場合は, ⑦診療を受ける医療機関名称及び住所, ⑧第三者行為(交通事故)・業務災害, ⑨診療区分, ⑩診療又は手当の期間, ⑪上記の期間に入院する場合その期間.

Fields for ⑬認定証の送付先 and ① 自宅 2. 事業所 3. 来所. Includes address and name information.

Field for ⑭市区町村長証明欄. Includes a statement from the mayor and a red box for a stamp.

Field for 〇被保険者のマイナンバー記入欄. Includes 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。)

Field for 受付印 (Reception Stamp).

(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。

令和4年5月改訂版

Table with columns for 交付No. (Delivery No.).