

(様式21号)

支 部 長 印	交付日 令和 年 月 日	事務局長		班 長	担 当 者
	発効日 令和 年 月 日				
	適用区分 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ				

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

記 入 欄	被保険者証記号番号	宮建 A	郵便番号	電話番号	
	組 合 員	氏 名	Ⓜ	生年月日	昭・平・令 年 月 日
		住 所			
	限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
組合員との続柄			療養(予定)期間	令和 年 月 から	

※発効日は申請手続きのあった月の1日からとなります。遡って発行することはできません。

住民税非課税世帯者のみ記入

※申請日の前1年間に入院をしていた場合のみ下記へご記入ください。

		長期入院	該当・非該当
非 課 税 世 帯 者 の み 記 入 欄	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	
	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 から	日間
入院をした保険医療機関等	名 称		
	所在地		

■ 申請に必要な書類 ■

被保険者全員分の「課税所得証明書等」が必要です。

「所得額・控除額・課税額」が全て記載されているものがが必要です。

※中学生以下の被保険者がいる場合は、組合員が記載した無収入証明書(裏面)でも可能です。

※扶養控除を受けている方の分は、確定申告書(第1表・第2表)の写し又は源泉徴収票の写しでも可能です。

被扶養者の名前・合計所得金額が記載されていることをご確認ください。

課税所得証明書等の名称はお住まいの市町村により異なりますのでご注意ください。

※1月1日時点でお住まいの市区町村発行の証明書が必要です。

受診する月によりご提出いただく「課税所得証明書等」の対象年度が異なりますのでご注意ください。

診療月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
必要年度	前年度の課税所得証明書等 (前々年の1月から12月の所得)							今年度の課税所得証明書等 (前年の1月から12月の所得)				

住民税非課税世帯は、裏面の市区町村長証明欄に非課税であることの証明を受けることも可能です。

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、
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。
限度額適用認定証の事前申請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。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

住民税非課税世帯の方は、下記の市区町村長証明欄に非課税であることの証明を受けることも可能です。

市区町村長が証明する欄	表面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(令和)の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、
	令和 年 月 日 市区町村長名 _____ 印

備考 市区町村に、被保険者を確認できる被保険者証を持参すること。

無収入証明書

以下の者は、所得の対象となる期間は中学生以下で、令和 _____年度(令和 _____年所得分)は無収入であることを証明します。

※所得の対象となる期間に高校生になっている方は、課税所得証明書等(所得額・課税額・控除額が全て記載されているもの)が必要です。

氏名	生年月日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

令和 年 月 日

組合員名 _____

