常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係　員

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

〔被保険者について〕

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	生年月日
記号	番号		昭和 ・ 平成 年　月　日
被保険者の住所	〒　　－		TEL　－　－ 携帯　－　－

〔療養を受ける方について〕

療養を受けるのは、被保険者・家族（被扶養者）のどちらですか？					1.　被保険者　　2.　家族（被扶養者）	
家族の場合、その方の	氏名		続柄		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日

※療養を受ける方が、申請月以前1年間に90日を超えて入院している場合には、その内訳を以下の欄に記入してください。

①	入院した期間・日数		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
	入院した医療機関等の	名称	
		所在地	
②	入院した期間・日数		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
	入院した医療機関等の	名称	
		所在地	
③	入院した期間・日数		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
	入院した医療機関等の	名称	
		所在地	
④	入院した期間・日数		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
	入院した医療機関等の	名称	
		所在地	

・マイナ保険証の登録をされている方には、認定証は発行されません。当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映します。
・マイナ保険証の登録がされていない方には、認定証を発行します。
上記「被保険者の住所」と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。なお、入院中の病院等への送付も承りますが、棟や部屋番号などの細かい情報をご記入いただけないと、お手元に届かない場合がありますので、ご留意ください。

送付先の	住所	〒　　－
	宛名	例：事業所や病院、別居されているご家族等

当組合では、マイナンバーを活用することにより、添付書類を省略しています。
認定にあたって非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

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	〒　　－ 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	〒　　－ 市区町村名

受付日付印

令和　　年　　月　　日提出

東京中央卸売市場健康保険組合

6. 12改