常務理事	事務長	係　長	係

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証	記号	記号	被保険者	氏　名	被保険者の氏名をご記入ください
	番号	番号		生年月日	昭・平・令　〇〇年　〇〇月　〇〇日
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					
事　業　所	名　称	勤務先の名称をご記入ください			
減額対象者	氏　名	対象者の氏名をご記入ください	被保険者との続柄	〇〇	
	生年月日	昭・平・令　〇〇年　〇〇月　〇〇日			
被保険者(減額対象者の) 住所・電話番号	〒　－ 被保険者の住所と連絡先をご記入ください TEL　－　－				
長期入院（	どちらかに〇をつけてください → 該　当　・　非　該　当				
が課されな					
①～④は長期該当者として申請する者のみ記入	申請月前１年間の入院日数合計（　　）日間				
①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
	入院をした保険医療機関等	名　称			
		所在地			
②	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
	入院をした保険医療機関等	名　称			
		所在地			
③	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
	入院をした保険医療機関等	名　称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて交付申請い　記入日をご記入ください　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

※申請及び受取りを代行者に委任する場合は、下記にご記入ください。（申請代行は、被保険者が申請できない場合に限ります。）

申請代行者	氏名	被保険者との関係　配偶者　・　事業所担当者　（　　）	
	住所	〒　－ TEL　－　－	
申請代行の理由	1.　被保険者本人が入院中で外出できないため 2.　その他（　　）		

被保険者以外の方が申請される場合は、この欄にもご記入ください（被扶養者や勤務先の担当者など）

※市区町村民税が非課税の方は、下記に市区町村長の証明を受けるか非課税証明書を添付してください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は　年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名　㊞

市区町村でこちらに証明をもらうか、非課税証明書を発行してもらってください

≪注意事項≫

- マイナ保険証を医療機関等の窓口で提示し情報提供に同意した場合は、限度額適用･標準負担額減額認定証の申請は不要です。
- この申請書を受付した日の属する月の１日から有効となる限度額適用･標準負担額減額認定証が交付されます。
- 添付書類等については、裏面をご参照ください。

大阪港湾健康保険組合

【 添付書類等 】

１．申請する際は、被保険者証を添付してください。

２．療養のあった月の属する年度（４月から７月診療分については前年度）において、被保険者に市区町村民税が課税されない場合は、申請書下段に市区町村長の証明を受けるか、非課税証明書を添付してください。

３．被保険者が療養のあった月に生活保護法の被保護者である場合は、被保険者に係る福祉事務所長の「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書もしくは保護廃止決定通知書か、これらのコピーに事業主、または福祉事務所長が原本証明したものを添付してください。

４．長期該当者の場合は申請月以前１年間の入院期間が確認できる書類（入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書等）を添付してください。