

← 返却する限度額適用認定証がある場合、ホチキスで止め提出して下さい

令和6年12月～令和7年7月末発行用

常務理事	事務長	担当

健康保険

限度額適用
標準負担額減額認定

申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

本申請書による認定証の有効期限は原則、本申請書を日野健保が **受付した月の1日から最短の7月末迄** を認定します。

被保険者（申請者） 情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	従業員 番号	※事業主から指示があった場合のみ記入	
	事業所	会社名称	所属部署			
	氏名	(フリガナ)		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	()	
	住所	(〒 -) 都 道 府 県				
認定対象者欄	療養を受ける方	☐ 被保険者	☐ 家族（被扶養者）			
	家族の場合は その方の氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
	発症の原因	外傷性のケガか	☐ いいえ ☐ はい	➡ 「はい」と答えた場合「負傷原因届」を併せて提出		
	療養予定期間	令和 年 月	～	令和 年 月		
長期入院欄	長期入院※されましたか。 ※申請月以前1年間にすでに90日を超えて入院している。 ただし、市区町村民税非課税期間の入院期間に限る。					
			☐ はい ☐ いいえ	➡ 「はい」と答えた場合 ・以下「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の 入院期間等を記入 ・「入院期間がわかる領収書の写し等」を添付		
	申請月 以前1 年間の	a	入院日数合計	日間		
		b	入院期間・日数①	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
			入院した保険医療機関等	名称	所在地	
			入院期間・日数②	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
			入院した保険医療機関等	名称	所在地	
入院期間・日数③			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間		
入院した保険医療機関等	名称	所在地				
認定証の紙交付	☐ 1. マイナ保険証を持っているため紙交付は不要					
	☐ 2. 以下交付理由により紙交付を申請する ※以下、該当理由に☑し該当箇所を記入					
	交付理由	マイナンバーカードを				
		☐ 紛失 ☐ 更新中 (手続日: 年 月 日)				
		☐ マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある				
☐ 電子証明書の有効期限切れ (手続予定日: 年 月 日)						
☐ 取得していない ➡取得予定 ☐ あり ☐ なし 【理由: 】						
☐ 保険証利用登録をしていない ➡登録予定 ☐ あり ☐ なし 【理由: 】						
認定取 証方 法	☐ 利用登録を解除した 【理由: 】 (解除日: 年 月 日)					
	☐ 返納した 【理由: 】 (返納日: 年 月 日)					
		☐ 被保険者（申請者）情報記載住所に郵送				
		☐ その他 () ※健保窓口で受取り等				

<注意事項> ■資格を喪失した場合や、有効期限に達したとき等使用後は速やかに返却してください。

■マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

マイナ保険証保有状況		
確認日	確認方法	確認者
/	☐ 随時連携 ☐ 月次データ ☐ 資格確認書発行(済)	



判 定	☐ 保有なし	➡ ☐ 登録 ➡ ☐ 発行手続き
	☐ 保有ありだが発行 紛失 □更新中 有効期限 ~	
	☐ 保有あり ➡ ☐ 登録 ➡マイナ保険証の保有が 確認できたため紙交付なし	

受付日付印

受付日付印
