

← 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

常務理事	事務長	担当

令和6年12月～令和7年7月末発行用

記入例

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	1 2 * *	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	〇〇〇〇(株)	所属部署	〇〇工場 〇〇部		
	氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ	確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 10 月 10 日	電話番号(日中の連絡先)	080 (* * * *) * * * *		
認定対象者欄	住所	(〒 * * * - * * * *)	東京 都 道府県 日野市 * * * * 〇〇マンション101号室				
	療養を受ける方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)					
	家族の場合はその方の氏名	(フリガナ)	ケンコウ ハナコ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 2 月 2 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	発症の原因	外傷性のケガか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 「はい」と答えた場合「負傷原因届」を併せて提出				
長期入院欄	療養予定期間	令和 7 年 1 月 ~ 令和 7 年 2 月					
	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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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				
	a 入院日数合計	113 日間					
	b 申請月以前1年間の入院期間・日数①	令和 6 年 1 月 1 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで	91 日間	名称	* * * 総合病院	所在地	東京都 * * 市1-1
b 入院期間・日数②	令和 6 年 5 月 10 日 から 令和 6 年 5 月 31 日 まで	22 日間	名称	* * * 総合病院	所在地	東京都 * * 市1-1	
認定証の紙交付	<input checked="" type="checkbox"/> 1. マイナ保険証を持っているため紙交付は不要						
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 更新中 (手続日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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に同行して資格確認を補助する必要がある <input type="checkbox"/> 電子証明書の有効期限切れ (手続予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 取得していない →取得予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【理由: 】 <input type="checkbox"/> 保険証利用登録をしていない →登録予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【理由: 】 <input type="checkbox"/> 利用登録を解除した 【理由: 】 (解除日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 返納した 【理由: 】 (返納日: 年 月 日)					
	認定取証方法	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者)情報記載住所に郵送 <input type="checkbox"/> 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
/	<input type="checkbox"/> 随時連携 <input type="checkbox"/> 月次データ <input type="checkbox"/> 資格確認書発行(済)	



判定	<input type="checkbox"/> 保有なし	→ <input type="checkbox"/> 登録 → <input type="checkbox"/> 発行手続き
	<input type="checkbox"/> 保有ありだが発行 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 更新中 有効期限 ~	
	<input type="checkbox"/> 保有あり → <input type="checkbox"/> 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