事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

健康保険
限度額適用・標準負担額減額認定申請書

【 市区町村税非課税などの低所得者用 】

被保険者が記入する欄

申 込 日	令和 00 年 00 月 00 日	☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合はレ）

以下のとおり、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

保険証の記号・番号 （右づめ）	被保険者の所属・氏名	生年月日	性別
6 7 × × × × × × × / 6 8	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ヤスカワ タロウ 八総 安川 太郎	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日	男 女

事 業 所 の 名 称	事 業 所 の 所 在 地
株式会社 安川△△△△	北九州市八幡西区黒崎××番△△号

減額対象者				
氏 名	安川 ウメ	続柄	母
生 年 月 日	昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日	性別	男 女
住 所	北九州市八幡西区○○１丁目××番△△号		

標 準 負 担 額 の 減 額 の 別 ※該当する項目に ☑ をお願いします。	☑ 市町村民税非課税者 ☐ 標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者
長期入院（入院日数が90日以上）	☐ 該 当　☑ 非該当
交通事故による怪我ですか ？	☐ は い　☑ いいえ
何月から何月まで必要ですか（最長1年）	令和 00年 1月 から 令和 00年 12月 まで

※ 長期入院該当者は別途記入用紙があります。

市区町村長証明欄

当該被保険者には、△△年度の市（区）町村民税が課されないことを証明します。

令和 00年 00月 00日

北九州市長

市区町村長名 △△ ○○

上記の証明がない場合は、市区町村が発行する「市県民税非課税証明書」を添付してください。

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

健保記入欄

標準報酬月額	千円	発行年月日	令和 年 月 日
適 用 区 分	オ	有 効 期 限	令和 年 月 日