

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書
(市町村税非課税などの低所得者用)

年 月 日

常務理事	事務長	係	担当者

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄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、本人確認するための添付書類が必要です。)

キクチ健康保険組合 殿

被保険者等記号・番号				備考欄			
被保険者	氏 名			事業所	名称		
	生年月日	年	月		日	所在地	
適用対象者	氏 名			被保険者との続柄			
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の住所							
限度額適用の申請期間		年 月 ～ 年 月					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

非課税証明書を添付してください