

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を申請される方へ

記入例に従い、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書をご記入の上、組合まで返送してください。

令和	年	月	日
部長	課長	担当者	

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書(非課税者用)

被保険者証記号・番号		〇〇〇〇-〇〇〇〇	
被保険者	氏名	産業 太郎	
	生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日	
事業所	名称	〇〇〇工業株式会社	
	所在地	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都千代田区麹町〇〇-〇〇-〇〇	
対象者	氏名	産業 花子	被保険者との続柄 妻
	生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	性別 男・女
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇 (電話) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2-13-14	
交付必要期間(*3)		令和〇〇年〇〇月 から 令和〇〇年 7 月末	
受診理由は、ケガによるものですか		はい・いいえ ※『はい』の場合は、負傷届を必ず添付してください。	

長期入院(*1)	該当・非該当		
ここから下は長期該当者として申請する方のみ記入してください。入院日数合計 〇〇日間			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 東京都港区新橋〇〇-〇〇-〇〇	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 東京都港区虎ノ門〇〇-〇〇-〇〇	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇〇日間
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇〇〇〇〇病院 所在地 東京都港区浜松町〇〇-〇〇-〇〇	

◎課税情報等の照会について

この申請では、被保険者の方が非課税であることの確認が必要になりますが、当組合にマイナンバーを提出されている方については、当組合がそのマイナンバーを用いて情報照会し、非課税かどうか確認いたします。なお、情報照会を希望しない場合、または当組合にマイナンバーが未提出の場合は、非課税証明書が必要となりますので、添付の上、申請いただきます様よろしくお願いたします。

情報照会を希望しない (情報照会を希望しない場合は、を入れて非課税証明書を添付してください。)

被保険者郵便番号 -

(情報照会を希望する場合、提出月が1月～7月の場合は前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号、提出月が8月～12月の場合は本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号をご記入ください。)

- *1 長期入院は、入院期間が90日を超えた場合となります。 [受 付 年 月 日]
ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。
長期入院の場合は、入院期間を確認できる書類等を添付してください。
- *2 発効年月日は申請があった日の属する月の初日となります。発効日より
前の診療については高額療養費に該当した場合、後日支給となる場合があります。
有効期間 ⇒ 申請した月の1日から7月31日(最大1年間)
なお、8月1日以降も引き続き標準負担額減額認定証が必要な場合は、改めて申請が必要となります。
- *3 前年の収入により受診月に属する年度が市町村民税非課税者であっても、療養のあった月の標準月額において、上位所得者(53万円以上)を満たせば、低所得区分が適用されず、上位所得者となります。その場合、こちらの申請書ではなく限度額適用認定申請書での申請となります。