

# 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)

常務理事	事務長	担当者

下記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。

- ㊟ -1. 第三者行為・労災に該当していた場合は、別途届出が必要です。
- 2. 被保険者が非課税者に該当しない場合は、上位・一般所得者用で申請してください。

被 保 険 者	被保険者証	記号 <b>13**</b>	番号 <b>123***</b>	申請日 ※ 令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>8</b> 日
	氏名	<b>横浜 健男</b>		勤務先 (工場名) <b>横浜ゴム 茨城工場</b>
	住所	(〒 <b>310-00**</b> ) 電話番号 (日中の連絡先) : <b>090 (12**) 34**</b> <b>茨城県水戸市**町 123-4 YRC マンション 202</b>		

※「認定証」の有効期限は、原則として「申請日」が属する月の1日から最初の7月31日までです。

対 象 者	療養を受ける方	氏名 <b>横浜 保一</b>	続柄 <b>長男</b>	生年月日 昭和・平成 <b>令和 1</b> 年 <b>2</b> 月 <b>3</b> 日
	療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。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ます。		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合、申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

申請を行った月以前1年間の入院期間(合計90日以上)の入院履歴

選択肢のある項目は、  
該当に ○または✓ を付けてください

長期入院欄	1 入院した保険医療機関等	名称	所在地	令和 年 月 日まで	日間
	2 入院した保険医療機関				日から
3 入院した保険医療機関				日から	日まで 日間

限度証は自宅宛てに発送します。  
自宅では受け取れない場合等ご希望の送付先を記入してください。  
※医療機関への直送を希望する場合は、必ず許可を得て、正しい送付先を確認してください。(医事課\*\*様宛、\*\*病棟\*階宛 等)

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 ※入院先医療機関への直送を希望する場合、必ず医療機関の許可を得て、宛名の記入方法等を確認してください。	
	住所 (〒 - )	受取人氏名 ( )

\*既に会計が済んでいる場合は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示しても返金が受けられない場合があります。医療機関様へ返金の可否を確認してください。なお、医療機関で精算できなかった場合は、健保組合から「高額療養費」として支給されます(約3か月後に自動還付)。

申 請 代 行 者 欄	「申請代行者欄」		申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏名	( )	
	電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )	( )	

\*被保険者(本人)が非課税者の場合に申請ができます。下段に被保険者が非課税者である市区町村の証明を受けて(または非課税証明を添付して)ください。  
\*療養を受ける方が非課税の被扶養者であっても、被保険者が課税対象者の場合は、上位・一般所得者用の「限度額適用認定申請書」を提出してください。

被保険者のマイナンバー		月 日
※マイナンバー ①本人確認 ②申請書は「		月 日

市 区 町 村 証 明 欄	※被保険者の(非)課税証明書を添付した場合、下記の証明は不要です。	
	当該被保険者氏名: ( ) は、 ( ) 年度の市区町村民税が課されないことを証明します。	
	市区町村長名 ( )	印 ( )
	令和 年 月 日	

健保受付印
-------