

組合処理欄	交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	業務課長	担当者	被扶養者
	発効年月日	令和 年 月 日					
	有効期間	令和 年 月 末					
	報酬月額	月 千円 月 千円	適用区分	オ・I・II	長期入院	該当・不該当	

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

《 被保険者が市町村民税非課税などの低所得者用 》

この申請には、低所得者であることの確認書類の添付が必要です。添付書類については、裏面の《注意事項》に記載がありますので、よくお読みになり該当する書類を添付してご提出ください。

被保険者証 記号番号	記号	番号	整理番号
被保険者欄	氏名	事業名称	
	生年月日	昭・平 年 月 日生	事業所所在地
	住所・電話番号 (日中の連絡先)	〒 - 連絡先Tel - -	
認定対象者欄	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	性別 男・女
	療養の原因	病気・出産・外傷 →「外傷」の療養で申請するときは、添付書類が必要です。(《注意事項》の5.参照)	
	療養予定期間 (申請期間)	令和 年 月 ~ 令和 年 月	【ご注意ください！】 申請書の受付月の初日より前に遡って認定書交付はできません。
	入院された交付対象となる方は、「長期入院」されましたか？	<input type="checkbox"/> はい → 裏面の「長期入院欄」に、申請を行なった月以前1年間の入院期間を記入してください。 <input type="checkbox"/> いいえ ※「長期入院」とは、この申請を行なった月以前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、市町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	

申請代行者欄	氏名	被保険者との続柄	事務担当者・家族(続柄) その他()
	住所・電話番号 (日中の連絡先)	〒 - 連絡先Tel - -	
	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入院中で、外出をすることができないため。 2. その他:	

認定証の送付先	1. 被保険者あて, 2. 事業所あて, 3. 申請代行者あて(※) 4. 認定対象者あて → 対象者が遠隔地先や入院中の病院あて等のとき。病院の場合は、名称・病棟・病室も記載。 〒 - 連絡先Tel - -
1.~3.の場合は、住所等の記載の必要はありません。	

※ 申請代行者が被保険者と同じ住所のときには、被保険者あてに送付いたします。

長期入院欄	申請を行なった月以前1年間の入院合計日数		日間		→ 長期入院でされ申請するときは、添付書類が必要です。 (《注意事項》の2. 参照)
	①	申請日前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
		入院をした医療機関等の	名称		
	所在地				
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
		入院をした医療機関等の	名称		
	所在地				
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間		
		入院をした医療機関等の	名称		
	所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
	入院をした医療機関等の	名称			
所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			
	入院をした医療機関等の	名称			
所在地					

上記のとおり、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。
また交付された認定証は、有効期限経過後はすみやかに組合へ返納いたします。

令和 年 月 日 提出

受付印

《注意事項》

- 被保険者が市区町民税非課税で、以下①・②のいずれかに該当する方は低所得者として医療費の自己負担限度額が軽減されます。
 - 適用対象者が70歳未満で、被保険者の標準報酬月額が50万円以下の方
【添付書類】「被保険者の市区町民税非課税証明書」(原本)
 - 適用対象者が70~74歳で、「高齢受給者証(1割負担または2割負担)」をお持ちの方
【添付書類】「被保険者および被扶養者全員の市区町民税非課税証明書」(原本) … 合計所得金額が記載されたもの
※ 認定証が必要な診療月に応じた年度の非課税証明書を市区町村にて取得してください。
 - 診療月1~7月診療分までの場合 → 前年度の住民税が非課税であることを証明するもの
 - 診療月8~12月診療分以降の場合 → 今年度の住民税が非課税であることを証明するもの
- 該当者が申請日前の直近1年間の入院日数が90日を超える場合
【添付書類】入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている保険医療機関等の領収書(写)など)。
- 「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方
【添付書類】『限度額適用・標準負担額減額認定該当』と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」
- 申請対象者の続柄は、被保険者の場合は「本人」、被扶養者の場合には「妻」「長男」「二女」「実夫」「義母」などご記入ください。
- 外傷が原因で療養を受けて認定証を申請するときは、この申請書の他に負傷原因の届出が必要となります。この場合は、勤務先のご担当者か、健康保険組合(TEL043-241-6412)までお申し出ください。(負傷した原因によって、届出いただく様式が異なります。)
- 療養予定期間は、必ずご記入ください。なお、認定証の発効年月日は、申請のあった日(受付日)の属する初日からとなりますのでご注意ください。ただし、申請月があらたに被保険者の資格取得をした方または被扶養者となった方は、当該資格の取得日または被扶養者認定日からとなります。
- 入院期間などが予定より延びて、交付した認定証の有効期限をさらに延長するときは、あらたに申請書を提出してください。