# 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者などの低所得者用

| 常務理事 | 事務長 | 部 長 | 課 長 | 係 長 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

＊ 限度額適用認定証の発効年月日は、厚生労働省の通達により「**申請を受けた日の属する月の初日**」と定められているため、**前月に遡っての発行はできません。**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 123　番号 567 | 生年月日 | (昭)・平・令 60 年 5 月 1 日 |
| | 氏 名 | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健 保 太 郎 | | |
| | 住 所 | 〒 123 － 4567　東京 (都)・道・府・県　〇〇区 ××1－2－3－401 | | |
| | | | 電話番号(日中の連絡先) | 03 ( 1234 ) 5678 |
| | 事業所名称 | △△ガラス株式会社 | | |
| 認定対象者 | 氏名 | 健 保 保　続柄 長男 | 生年月日 | 昭・(平)・令 27 年 4 月 5 日 |
| | 傷病名(注1) | 左膝靭帯損傷 | (受診することとなった原因：(ケガ)・ケガ以外 ) | |
| | 療養予定期間<br>認定証を必要とする期間(注2) | 令和 2 年 10 月 1 日 から 令和 2 年 11 月 1 日 まで | | |
| | 長期入院 | 該当 (非該当) | 長期入院とは、申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。<br>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。(該当の場合は下欄をご記入ください。) | |
| | ①申請日前1年間の入院期間(日数) | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで　日間 | 医療機関名<br>所在地 | |
| | ②申請日前1年間の入院期間(日数) | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで　日間 | 医療機関名<br>所在地 | |
| | ③申請日前1年間の入院期間(日数) | 平・令 年 月 日から<br>平・令 年 月 日まで　日間 | 医療機関名<br>所在地 | |

注1：傷病名がケガ(骨折・捻挫・打撲等)の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください。
　　第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので組合にご連絡ください。
注2：限度額適用認定証は申請書の受付月の初日より、直近の7月末日までの有効期限で交付します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 希望送付先 | 送付希望先へ〇をしてください(注3) | 事業所住所 ・ (被保険者住所) ・ その他 | | |
| | 送付先が被保険者住所以外の場合にご記入ください。 | 〒 － | 電話番号(日中の連絡先) | ( ) |
| | あて名 | | 被保険者との関係 | |

注3：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

〇 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

| | |
|---|---|
| 市区町村が証明する欄(注4) | 当該被保険者は、令和　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。<br>令和　年　月　日　市区町村長名　印 |

注4：4月から7月診療分については前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明となります。

**【限度額適用・標準負担額減額認定証の申請における注意事項】**

◎ 認定証の交付対象者である「入院・外来診療中」または「入院・外来診療等で医療費が高額となるような治療予定のある方」が申請いただくようお願いします。
◎「70歳未満：区分ア・区分イ」および「70歳以上：標準報酬月額28万円以上の現役並み所得者」に該当する場合は、市区町村民税が非課税であっても低所得者にはなりません。
◎ 下記の①～④に該当した場合は、認定証をすみやかに返却してください。
　①被保険者が資格喪失したとき　②適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
　③認定証が有効期限に達したとき　④認定証に記載された認定条件に該当しなくなたとき
◎ 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記載者の氏名(サイン)をご記入ください。
◎ 認定証の交付をお急ぎの方は返信用封筒を添付してください。(通常は普通郵便での送付となります)
◎ マイナンバー記入にて申請を希望される場合は組合へご連絡ください。

受付日付印

| | | |
|---|---|---|
| 確認欄 | ☑ | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

**全国硝子業健康保険組合**