

| | | | | | |
|------|-----|----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | | |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------|-----|--|--------|--------|----------|-------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 | 記号 | | 事業所名 | | | |
| | | 番号 | | 事業所所在地 | | | |
| | 被保険者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| | 適用対象者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 |
| | 被保険者住所 | 〒 - | | | TEL() | - | |

長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えての入院)していませんか。・・・ 該当 ・ 非該当 (いずれかに○)

| この欄は、長期入院に該当する方のみ記入してください。 | | | | 入院日数合計(日間) | | |
|----------------------------|-------------------|---------------|----|-------------|--|--|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成・令和 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成・令和 年 月 日まで | | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成・令和 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成・令和 年 月 日まで | | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成・令和 年 月 日から | 日間 | | | |
| | | 平成・令和 年 月 日まで | | | | |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |

※市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書の添付が必要です。

※4月～7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。

| | |
|----------------------------|---|
| 市 証 明 欄 村 長 | 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する。 |
| | 市区町村長名 印 |

【注意事項】 裏面をご覧ください。

【注意事項】

1. この申請書を提出いただくのは、次の低所得区分に該当する方です。
 - 1) 70歳未満の方
 - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
 - ・診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。
 - 2) 70～74歳の方
 - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
 - ・診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、低所得者の適用になりません。
2. 発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし健康保険加入月に申請された場合は、資格を取得した日が発効年月日となります。
3. 有効期限は申請日より最初に到来する7月31日までとなります。
4. 「限度額適用・標準負担額減額認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、健康保険組合に返却願います。

【添付書類】

1. 被保険者の「市区町村民税非課税証明書」（又は申請書の「市区町村長証明欄」への証明）
 - ※4月～7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。
2. 入院期間を証明する書類（長期入院該当者のみ）
 - 長期入院とは、申請を行った月以前の1年間で90日を超えて入院されていることです。
 - ただし、市町村民税が課せられていない期間の入院に限ります。