

# 健康保険限度額適用認定申請書

[兼 標準負担額減額認定申請書(被保険者が非課税の場合)]

常務理事	事務長	担当者	担当者

・マイナ保険証をお持ちの方には、認定証は発行しません。マイナ保険証を利用すれば、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されますので、本申請の提出は不要です。  
・被保険者が市区町村民税非課税に該当する場合は低所得者として自己負担限度額が軽減されるため、本申請をご提出ください。当組合の事務処理が終了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。  
・マイナ保険証をお持ちでない方には認定証を発行します。

被 保 険 者	氏名	健保 太郎		被保険者等 記号・番号	記号 ××	番号 ××××
	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年 ××月 ××日	電話番号 (日中の連絡先)		××-××××-××××	
	市区町村 民税	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村民税課税 <input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税 ⇒ 低所得者に該当する方は、医療費の自己負担限度額が軽減されます。 申請書下部の【被保険者が非課税の方の注意事項】をご確認ください。				
	住所	〒 ××× - ××××		Mail: example@●●.jp		
適 用 対 象 者 ( 認 定 証 が 必 要 な 方 )	氏名	健保 花子		被保険者 との続柄	妻	
	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ××年 ××月 ××日				
理 由 欄	マイナ保険証を利用しているが、限度額適用認定証が必要な方はその理由をご記入ください。					
認 定 証 送 付 先  ※被保険者住所と異なる送付 先を希望する場合は記入 (入院先・帰省先等)	〒 ××× - ××××					東京都港区×××-××-×××× ○○○○マンション202
認 定 証 の 使 用 期 間 ( 最 大 6 ヶ 月 )	医療費が高額になる見込終了年月をご記入ください。(申請月より6ヶ月以内) 厚生労働省の通達により、申請書が健保に到着した月より前に遡っての申請はできません。					
	申請書到着月の1日 (現在有効の認定証をお持ちの場合は、有効期限の翌月1日) ~ 令和 ××年 ××月 まで					

申 請 代 行 者	被保険者が入院中等により被保険者以外の方が申請する場合は、ご記入ください。					
	氏名	電話番号 (日中の連絡先)				
	被保険者との 関係	(例) 事業所担当者、家族など				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

◆本申請書は、Eメール(kenpo-shinsei@scsk.jp)にてお送りください。

## 【被保険者が非課税の方の注意事項】

被保険者が市区町村民税非課税で、以下①・②何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。該当する場合は、添付書類をご提出ください。  
①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  
②適用対象者が70歳以上で、自己負担割合が2割の方

### 【添付書類】

対象者①:「被保険者の市区町村民税非課税証明書」  
対象者②:「被保険者及び被扶養者全員の市区町村民税非課税証明書」(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。  
・当年7月診療分までの場合 ⇒ 前年度の非課税証明書  
・当年8月診療分以降の場合 ⇒ 当年度の非課税証明書  
○長期該当者(申請前1年間の入院期間が90日を超える該当者)は、非課税証明書と併せて「入院期間が記載されている領収証の原本」をご提出ください。

健保受付印