**「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」の手続きについて**

**この手続きは、標準報酬月額が53万円未満で、前年度の住民税非課税世帯（被保険者が非課税であることが必須）の方が対象となります。（高齢受給者（70歳～75歳未満の方）は、負担割合が2割で前年度の住民税非課税世帯の方が対象となります。）**

１．申請方法

「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に必要事項を記入の上、必要書類を添えて申請してください。後日、当健康保険組合より「健康保険限度額適用認定証」を交付しますので、その認定証を医療機関の窓口に提示してください。窓口での一部負担金、入院時の食事療養費自己負担分が減額されます。

なお、減額対象者にもかかわらず、何らかの理由により食事療養費を標準負担額で支払った場合には、別途「健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書」を申請することで差額の支給が受けられます。

２．添付書類

①　被保険者についての「市区町村民税非課税証明書」

1. 長期入院に該当する方は、①の書類の他、入院期間が分る書類（領収書等）

３．書類送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 富士通健保　送付先 | 🔍**検索** |

送付先は下記をご確認ください。

<https://kenpo.jp.fujitsu.com/contact_02.html>

富士通健康保険組合HP　>　ホーム　>　書類の提出先（ページ最下段右）

以　　　上

|  |  |
| --- | --- |
| **記　入　例** | **網掛けの部分は必ずご記入ください。** |
| **健康保険限度額適用標準負担額減額認定申請書** |  |
| 健保組合 | 常務理事 |  | 事務局長 |  | 課　長 |  | 担当者 |  |
| 届出年月日 |  | 年 | **3** | 月 | **1** | 日 |  |
| 被保険者 | 記号 | **1000** | 番号 | **1234567** | 事業所 | 名　称 | **富士通㈱** |
| 氏名 | **富士通　太郎** | 所在地 | **川崎市中原区上小田中４－１－１** |
| 減額対象者 | 氏名 | **富士通　太郎** | 生年月日 | 昭平令 | **50** | 年 | **9** | 月 | **5** | 日 | 続柄 | **本人** |
| 被保険者（減額対象者）の住所 | **〒211-0053　　　川崎市中原区上小田中４－１－２** |
| 長期入院（過去１年間の入院日数が90日を超えるもの） | 該当　・　非該当 |
| ここから下は長期入院（過去１年間の入院日数が90日を超えるもの）該当者として申請する場合のみ記入して下さい。 |
| ① | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 | **11** | 月 | **1** | 日から | 令和 |  | 年 | **2** | 月 | **29** | 日まで | **92** | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 | **○○病院** |
| 所在地 | **川崎市中原区武蔵新城１－１－１** |
| ② | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日から | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| ③ | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日から | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

[添付書類]

①被保険者についての**市区町村民税非課税証明書**。
※標準報酬月額が53万円未満の方が対象　（高齢受給者（70歳～75歳未満の方）は、負担割合が2割の方）

②長期入院に該当する方は、上記のほか、**入院期間がわかる書類**を提出願います。

【事業所記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 | 　　　　年　　月　　日受付 | 備考欄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **健康保険限度額適用標準負担額減額認定申請書** |  |
| 健保組合 | 常務理事 |  | 事務局長 |  | 課　長 |  | 担当者 |  |
| 届出年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| 被保険者 | 記号 |  | 番号 |  | 事業所 | 名　称 |  |
| 氏名 |  | 所在地 |  |
| 減額対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 昭平令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 続柄 |  |
| 被保険者（減額対象者）の住所 |  |
| 長期入院（過去１年間の入院日数が90日を超えるもの） | 該当　・　非該当 |
| ここから下は長期入院（過去１年間の入院日数が90日を超えるもの）該当者として申請する場合のみ記入して下さい。 |
| ① | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日から | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| ② | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日から | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| ③ | 申請日前１年間の入院期間（日数） | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日から | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |  | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

[添付書類]

①被保険者についての**市区町村民税非課税証明書**。
※標準報酬月額が53万円未満の方が対象　（高齢受給者（70歳～75歳未満の方）は、負担割合が2割の方）

②長期入院に該当する方は、上記のほか、**入院期間がわかる書類**を提出願います。

【事業所記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 | 　　　　年　　月　　日受付 | 備考欄 |  |