

「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、高齢受給者証の負担割合が1～2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」を交付いたしますので、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。

健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

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」
- ② 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)

以 上

記入例

網掛けの部分は必ずご記入ください(押印は不要)。

**健康保険限度額適用
標準負担額減額認定申請書**

届出年月日	2021 年 3 月 1 日			健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者
被保険者証	記号	1110	番号	1234567	事業名称	富士通(株)					
	氏名	富士通 太郎			事業所所在地	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)							<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 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 2 年 11 月 1 日から 令和 3 年 11 月 31 日まで 92 日間									
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院								
		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、高齢受給者証の負担割合が1~2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

届出年月日		年 月 日		健保組合	常務理事		事務局長		課長		担当者	
被保険者証	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、高齢受給者証の負担割合が1～2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	
------	---------	-----	--