

「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、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。ただし、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。

※高齢受給者証の負担割合が3割の方は、住民税が非課税であっても現役並み所得者となります。

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、当健保組合より「健康保険限度額減額適用認定証」を交付いたしますので、その認定証を医療機関の窓口へ提示してください。

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、入院期間が分かる書類（領収書等）

<留意事項>

- ・証明書の有効期限は、7月31日になります。
- 7月～8月にかかる場合は、2枚申請が必要です。

【非課税証明書の添付について】

- 例1) 令和4年8月～令和5年7月までの期間を証明する場合
→令和4年度（令和3年分）市区町村民税非課税証明書を添付
- 例2) 令和4年7月～令和5年7月までの期間を証明する場合
→申請書2枚、令和3年度（令和2年分）と令和4年度（令和3年分）市区町村民税非課税証明書を添付

証明期間	令和3年8月～ 令和4年7月	令和4年8月～ 令和5年7月
市区町村民税 非課税証明書	令和3年度（令和2年分）	令和4年度（令和3年分）

3. 送付先

〒790-0011
愛媛県松山市千舟町5-6-1 ひめぎん末広町ビル
富士通健康保険組合 事務サポートセンター
特例退職または任意継続担当 宛

<記入例>

(特退・任継用)

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		常務理事		事務局長		課長		担当者	
被保険者証 記号・番号	特例退職者医療制度	9001	●●●●●●●●						
	任意継続被保険者制度	1851							
被保険者氏名	フリガナ フジ ミチオ 富士 道男	押印は不要です。							
減額対象者氏名	富士 道男								
減額対象者の生年月日	昭和・平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日								
被保険者 住所	〒●●●●-●●●● 神奈川県川崎市中原区小杉町●-●-●								
被保険者 電話番号	自宅：●●●●-●●●●-●●●● 携帯：●●●●-●●●●-●●●●								
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当 ※過去1年間の入院日数が90日を超えるもの								

下記は、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ください。

①	申請日前1年間の入院期間	令和●年 ●●月 ●●日 ~ 令和●年 ●●月 ●●日まで 合計 ●●●日間	
	入院した保険医療機関等	病院名	●●病院
		所在地	〒●●●●-●●●● 神奈川県川崎市●●区●●町●-●-●
②	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 合計 日間	
	入院した保険医療機関等	病院名	
		所在地	〒
③	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 合計 日間	
	入院した保険医療機関等	病院名	
		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
- 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（領収書等）を提出願います。

(特退・任継用)

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	常務理事		事務局長		課長		担当者	
被保険者証 記号・番号	特例退職者医療制度	9001						
	任意継続被保険者制度	1851						
被保険者氏名	フリガナ							
減額対象者氏名				続柄				
減額対象者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日							
被保険者 住所	〒							
被保険者 電話番号	自宅：				携帯：			
長期入院	該当 ・ 非該当 ※過去1年間の入院日数が90日を超えるもの							

下記は、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ください。

①	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 合計 日間						
	入院した保険医療機関等	病院名						
		所在地	〒					
②	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 合計 日間						
	入院した保険医療機関等	病院名						
		所在地	〒					
③	申請日前1年間の入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 合計 日間						
	入院した保険医療機関等	病院名						
		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
- 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（領収書等）を提出願います。