

限度額適用・標準負担額減額認定申請書 記入例

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 市区町村民税非課税者などの低所得者用		常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者
申請年月日 令和 6 年 12 月 1 日		健保記入欄 R 月 / 月 額					
被保険者情報	2 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称 株式会社 ○○○○				
	3 被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭 平・令 ×× 年 × 月 × 日			
	住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区○○ ×-× △△マンション×××号		4 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は)			
	【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。						
認定対象者	5 受診者 認定証を使用される方	氏名 健保 太郎 続柄 本人	6 療養予定期間	令和 × 年 × 月 令和 × 年 × 月			
	7 傷病名	右膝靭帯損傷 (受診することとなった原因: (ケガ)・ケガ以外)		ケガが原因の場合(注2)			いつ 平成 令和 ×× 年 × 月 × 日 (×) そのときの状況
	8 長期入院	該当 (非該当) 長期入院とは、申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。(該当の場合は下欄をご記入ください。)					
	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	医療機関名	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	医療機関名	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	医療機関名	所在地			
注1:認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。(最大1年間の有効期限を設定し交付します。) 注2:原因が交通事故など第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。							
○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに認定証の送付を希望する場合にご記入ください。							
9 希望送付先	住所(注3)	〒 100 - 0000 東京都新宿区○○ ×-× △△ビル○階 △△病院××科○○○号室					電話番号(日中の連絡先) 090 (××××) ××××
あて名	健保 太郎		被保険者との関係 本人				
注3:医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能か確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。							
○申請代行は、被保険者が当該申請書の作成(申請)ができない場合に限りです。							
申請代行者	氏名			被保険者との関係			
	住所	〒 -					
10 申請代行の理由	1.被保険者本人が入院中で外出できないため。 2.その他()		電話番号(日中の連絡先)	()			
11 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。市区町村が証明する欄 当該被保険者は、令和 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:4月~7月診療分については、前年度の課税に関する証明、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明となります。							
使用されなくなった場合や有効期限を過ぎた場合は、限度額適用・標準負担額減額認定証を健保組合まで返納してください。							
マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。) 受付日付印							
12	マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。						
社会保険労務士の提出代行者名記載欄							
東京都農林漁業団体 健康保険組合 (R6.12)							

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 申請書を提出する日付をご記入ください。
- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 家族(被扶養者)の方の交付申請であっても、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 療養を受ける方(認定証を使用される方)の氏名などをご記入ください。
- 認定証を必要とする期間をご記入ください。認定証は申請書の受付月の1日から有効となります。
- ケガの場合、ケガをした日付やそのときの状況をできるだけ詳しくご記入ください。ケガの原因が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 申請月以前の1年間にすでに90日を超えて入院されている場合はご記入ください。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。該当の場合は、入院した期間(日数)や医療機関名などご記入のうえ、該当する期間が記載されている領収書の写しを添付してください。
- 希望送付先が入院している医療機関等の場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認ください。その際には、医療機関名・病棟・病室番号等を必ずご記入ください。
- やむを得ない事情で被保険者が当該申請書の作成(申請)ができず、事業所のご担当者等が申請代行される場合、申請代行者の情報をご記入ください。
- 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。注1:診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「(非)課税証明書」が必要です。注2:診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。
- 2の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

限度額適用認定証は、申請書を健保組合で受付した当日に希望送付先へ送付します。速達での送付をご希望なされる方は、申請年月日横の空いているところへ「速達希望」とご記入ください。

* この認定の適用により生活保護を必要としなくなる方は、「保護却下通知書」などの書類も必要となります。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)をご記入ください。