

記入例

K-201 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

【注意事項】

1. 健保組合が申請書を受付けた日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
2. マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望されない方は、被保険者の「非課税証明書」(原本)を必ず添付してください。

枠内をご記入ください。

1	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
	被保険者等 記号・番号	記号 番号 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇	所属・電話	〇〇課 (TEL: 000-000-0000)
2	被保険者 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇) ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください		
	対象者氏名 療養を受ける人	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者 との続柄	配偶者 生年月日 昭和 平成 令和 6 0 0 1 0 1
4	減額申請の 理由 (いづれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方 <input type="checkbox"/> 非課税証明書(原本)の添付		
	申出方法の 選択 (いづれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望 ※事業所または健保にマイナンバーを届出されている方に限ります。又、情報連携による 所得情報が取得できない場合は「非課税証明書」(原本)のご提出をお願いすることがあります。 被保険者の1月1日(注)の住民票上の住所をご記入ください (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (注) 令和2年8月～令和3年7月診療分は、令和2年1月1日の住所を 令和3年8月～令和4年7月診療分は、令和3年1月1日の住所をご記入ください		
6	長期入院 (いづれかに✓)	今回療養を受ける方は、以前に長期入院されていましたか?	<input type="checkbox"/> はい⇒以下の「長期入院該当の 場合」をご記入ください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	長期入院 該当 の場合	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
7	長期入院 該当 の場合	入院した医療機関	名称	
			住所	
	長期入院 該当 の場合	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
		入院した医療機関	名称	
		住所		
8	認定証の 送付先	〒 -		
	※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です	受取人 氏名	被保険者 との続柄	受取人 連絡先 TEL:

インプット	証発行

受付日付印

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

「限度額適用・標準負担減額認定」を申請するとき

※「限度額適用・標準負担減額認定」について

下記対象者①または②に該当する場合、自己負担限度額適用および入院時食事療養費の標準負担額減額の措置を受けることができます。

この措置を受けるには、健保組合に申請し、「限度額適用・標準負担減額認定」を受ける必要があります。

<対象者>

- ① 市区町村民税非課税世帯(または免除)
- ② 標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方

◆ 注意事項

申請書を提出する以前に、標準負担額(減額されない食事療養の本人負担分)を医療機関に支払っている場合は、別途「療養費請求書(食事療養標準負担額差額支給申請用)」(健保指定帳票 K-006)を提出してください。

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- ② 被保険者の居住している住所を記入してください。
- ③ 療養を受ける人の氏名を記入してください。
- ④ いづれかにチェック(✓)を記入してください。
- ⑤ いづれかにチェック(✓)を記入してください。
マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望にチェックした場合は被保険者の1月1日(注)の住民票上の住所をご記入ください。
(注) 令和2年8月～令和3年7月診療分は、令和2年1月1日の住所を
令和3年8月～令和4年7月診療分は、令和3年1月1日の住所をご記入ください。
- ⑥ いづれかにチェック(✓)を記入してください。
- ⑦ 上記⑥「長期入院」で「はい」をチェックした場合にのみ記入してください。
- ⑧ 被保険者の住所と異なる場合にのみ記入してください。

※記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にて二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

- ① 市区町村民税非課税世帯の場合
→ 被保険者の非課税証明書(原本)
* 4月～7月診療分は「前年度の課税に関する証明書」
* 8月～翌年3月診療分は「当年度の課税に関する証明書」
(例)・R2年8月診療分～R3年7月診療分: R2年度(R元年中収入)の証明書
・R3年8月診療分～R4年7月診療分: R3年度(R2年中収入)の証明書
- ② 標準負担の減額を受けることにより要保護者とならない方の場合
→ 「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」(原本)
(福祉事務所長発行)
- ③ 長期入院に該当する方の場合
→ 標準負担額にかかる領収証(原本)

◆ 送付先

健保組合に送付してください。
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。