

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定 申請書(非課税者用)

この申請書は被保険者の市区町村民税(住民税)が非課税の世帯用の申請書です。

申請書を健保へ送付願います。(E-mailでの申請は受付不可 但し、緊急の場合は事前に健保へ電話でご連絡ください)

＜注意事項＞ 下記1～3のいずれかに該当する方は、非課税(低所得者)区分は適用されません。

1. 被保険者の標準報酬月額が53万円以上の世帯の方
2. 70歳以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方
3. 被保険者の住民税が所得割のみ非課税の方(住民税の均等割が発生している方)

＜添付書類＞ 下記1は、必ず添付してください。

1. (非)課税証明書(原本)を添付。**※1** 診療月(利用予定月)により添付の(非)課税証明書の年度が異なります。
※1 当年4月～7月診療分→前年度の(非)課税証明書、当年8月～翌年3月診療分→当年度の(非)課税証明書
2. 長期入院に該当する場合は、当該入院期間の記載のある領収証(写)の添付が必要です。

被 保 険 者	記号一番号	—		所属(退職者は空欄で可) 会社名+部署名+地区			
	フリガナ 被保険者氏名 ※自署					提 出 年月日	令和 年 月 日
	被保険者住所 日中連絡の取れる 連絡先	〒 —	電話番号(日中の連絡先): ()		—		
認 定 対 象 者	フリガナ 氏 名 (療養を受ける人)			被保険者 から見た 続柄	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	現 住 所 (同一住所なら同上で可)	〒 —	電話番号(日中の連絡先): ()		—		
医 療 機 関 情 報	入院/通院 保健医療機関 (「未定」でも可)	名 称					
		所 在 地	〒 — 電話番号: () —				
	入院・通院 予定期間	令和 年 月 日 ☐ 未定 ~ 令和 年 月 日 ☐ 未定					
マイナ保険証		☐ 使用している ☐ 使用していない		【注】長期入院とは、申請を行う前1年間に既に90日を超えて入院されたことをいいます。			
長期入院【注】 (いずれかに☑)		☐ 該当します ☐ 該当しません ↓ ご記入ください ↓ 未記入		但し、保険者(明電健保)に、この非課税申請をして、認められた期間の入院に限られます。 該当する場合は、下記に記入し、当該入院期間の記載のある領収証(写)を添付してください。			
長期入院該当の場合 (申請日前1年間の認定 対象者の入院日数が90日を 超えている場合に記入)	入院 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (日間)					
	入院した医療機関名						
	入院 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (日間)					
	入院した医療機関名						
申 請 代 行 者 欄	申請代行者氏名 ※自署	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください		被保険 者との 関係	申 請 代 行 の 理 由	☐ 被保険者本人が入院中で手続きできないため ☐ その他 []	
	電話番号(日中の連絡先)	() —					

◆当申請による健保での情報登録後、マイナ保険証を使用している方は、病院のオンライン資格確認で減額認定情報が確認できるため、認定証の交付はありません。(長期入院該当者を除く)

◆マイナ保険証を未使用の方は、認定証希望送付先を選択ください。(いずれかに☑)

但し、従業員は原則として所属部署宛に社内親展メールで送付します。記入がないときは、従業員は部署本人宛、退職者は被保険者住所宛に送付します。

- ☐ 1. 所属部署本人宛:社内親展メール
- ☐ 2. 所属部署総務担当者宛:社内親展メール
- ☐ 3. 被保険者住所:簡易書留で郵送します。
- ☐ 4. 認定対象者住所:簡易書留で郵送します。
- ☐ 5. 入院医療機関:申請前に各自で、医療機関から許可をもらい、宛先を確認して医療機関情報欄に病室等の必要情報を含め、ご記入ください。

担当者の所属・氏名

↓ 以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健 保 記 入 欄			
(交付・登録)年月日	令和	年	月 日
発効年月日	令和	年	月 日
有効期限	令和	年	月 日

常務理事	事務長	担当者