

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。
- 被保険者の標準報酬月額が53万円以上の世帯の方
 - 70歳以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方
 - 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。
- (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
 - 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	1	—	所属(退職者は空欄で可)	2	会社名+部署名+地区	3	4
	フリガナ 被保険者氏名 ※自署	3		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)	5		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)	6	名称	〒	—	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 7	☐ 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 (い ず れ か)	8	☐ 該当します ☐ 該当しません	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。					
	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	年	月	日まで (日間)	⑧長期入院に 該当する場合のみ記入		
	入院した医療機関名	入院期間	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	9	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。
- 所属部署本人宛:社内親展メール
 - 所属部署総務担当者宛:社内親展メール
 - 被保険者住所:簡易書留で郵送します。
 - 認定対象者住所:簡易書留で郵送します。
 - 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。
- 10
- 担当者の所属・氏名

以下は健保記入(申請者は記入しなくて可)				常務理事	事務長	担当者
健康記入欄	令和	年	月 日			
(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			

- 【記入要領】
- 被保険者の記号番号を正しく記入してください。
 - 会社名・地区・部署名をご記入してください。(任継・特退の方は、記入不要)
「マイナ保険証の未使用者」と「長期入院に該当する方」は、社内便(親展扱い)で送付します。
 - 被保険者氏名(自署)、フリガナ、現住所、電話番号(日中の連絡先)を記入してください。
 - 提出日を記入してください。
 - 療養を受ける人の氏名、フリガナ、続柄、生年月日、現住所を記入してください。
 - 診療を受ける医療機関名、郵便番号、所在地、電話番号、入院・通院の予定期間(わかる範囲)を記入してください。
入院中等で医療機関へ認定証の郵送を希望される方は、医療機関に事前に許可をもらい、病室等の必要情報を含め
記入してください。
 - マイナ保険証を「使用している」「使用していない」のどちらかに、☑をしてください。
 - 【注】の欄を参照の上、長期入院に「該当します」「該当しません」のどちらかに、☑をしてください。
 - 被保険者が記入できない状況の時には、申請代行される方の氏名(自署)、被保険者との関係、電話番号(日中の連絡先)、
申請代行された理由を記入してください。
 - 認定証の送付先に関する項目です。(マイナ保険証を使用していない場合と長期入院に該当する場合のみ)
・従業員の方：原則「1」or「2」を選択
但し、社内メールが届かない部署の方は、「3」or「4」の選択も可能
・長期間会社に出社されない方(休職中 等)：「3」「4」「5」の選択も可能
・任継・特退の方：原則「3」を選択