

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用

* 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合、備考欄にマイナンバー記載してください。(その場合、マイナンバー確認書類の添付必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番 号	フリガナ							
				被保険者氏名							
	事業所名 (所属部署)										
	フリガナ				生年 月日	昭 令	平	年	月	日	被保険 者との 続柄
	減額対象者の氏名										
	減額対象者の住所										
	個人番号が記載された申請書を事 業主経由で提出する方				☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は□にシ点を付けてください。)						
	長期入院	・該当 ・非該当			*長期入院とは、申請を行った日以前1年間に90日を超えて入院(入院期間が市 区町村民税が課せられていない)されていることです。						
	標準負担額の減額の別	・市区町村民税非課税者 ・標準負担額の減額により生活保護法の要保護とならない者									
	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間								
	入院した保険医療機関等	名 称									
		所 在 地									
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間									
	入院した保険医療機関等	名 称									
所 在 地											
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間									
	入院した保険医療機関等	名 称									
所 在 地											
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日間									
	入院した保険医療機関等	名 称									
所 在 地											
上記のとおり申請します。 ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者 (申請者) 令和 年 月 日 住所 電話番号 () 氏 名 (印)											
申 請 代 行 者 が 記 入 す る 欄	被保険者および その家族(被扶 養者)の方以外 が申請する場 合、その連絡先 等を記入	〒 []-[]-[]-[]-[]-[]									
	連絡先Tel										
	名称(氏名)	(印)							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外出ができない ・その他 ()									

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認を
するための添付書類が必要です。

健保受付日付印

市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	当該被保険者には 年度の市区町村民税が 課されないことを証明する。
	上記のとおり相違ありません。
	令和 年 月 日 市区町村長名

※4月から7月診療分は、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分は、
当年度の課税に関する証明を受けてください。

* 各種申請書の記載項目の

被保険者証の【記号番号】欄、または【備考(個人番号)】欄のいずれかに必要項目を記載してください。

被保険者証の【記号番号】に代えて、

個人番号により申請する場合、申請書の記載項目【備考】欄に個人番号を記載してください。

(その場合、被保険者証の記号番号は記載不要。)

なお、

個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要となります

ので、以下の書類を添付してください。

個人番号確認	本人確認
① 個人番号カード写	① 個人番号カード写
② 通知カード写	② 運転免許証写、運転経歴証明書、パスポート写、身体障害者手帳写、在留カード写、特別永住者証明書等
③ 個人番号が記載された住民票写、住民票記載事項証明書	③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの

限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をするとき

… 被保険者が市区町村民税非課税等のとき、入院時等の自己負担額が軽減

* 標準負担額は通常1食当たり490円ですが、被保険者が市区町村民税非課税者等に該当し、被保険者および被扶養者が次のいずれかに該当する場合に以下の減額が行われます。

一般		490円
市区町村民 税非課税者 等	申請を行った月以前の12月以内 の入院日数が90日以下の者	230円
	申請を行った月以前の12月以内 の入院日数が90日を越える者	180円
	被保険者および被扶養者の所得が一定基準以下の者	110円

- (1)療養のあった月の属する年度(療養のあった月が4月から7月診療までの場合にあっては前年 度)分の地方税法に規定する市区町村民税が非課税である被保険者または免除者
- (2)被保険者が(1)の要件を満たす場合の被扶養者
- (3)療養のあった月において、生活保護法に規定する要保護者であって、標準負担額の減額を受けたとすれば、生活保護の保護を要しなくなる者

1. 申請書類

- (1)「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(給11)

※市区町村の証明する欄に、市区町村の証明を得て下さい。

※(2)支給要件(3)に該当する場合、被保険者に関する福祉事務所の「限度額適用・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もしくは保護廃止決定通知書またはこれらの写しに事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明したもの

※(3)長期入院の該当者の場合、入院期間を確認できる書類として、入院時の食事療養費の標準負担額に係る領収書等の写し

2. 処理手順

- (1)被保険者は申請書類を直接、健保組合に送付して下さい。
〒105-6927 東京都港区虎ノ門四丁目1番1号 神谷町トラストタワー ジェイティ健康保険組合 給付担当宛
- (2)健保組合は、申請書を確認後、「標準限度額適用・標準負担額減額認定証」を発行し、「限度額適用・標準負担額減額認定証受領証」とともに交付申請書記載の住所に送付します。
- (3)被保険者は、「限度額適用・標準負担額減額認定証 受領証」に必要事項を記入の上、健保組合へ返送して下さい。
※「被保険者証」と「限度額適用・標準負担額減額認定証」を添えて、保険医療機関等の窓口に提示して下さい。

3. 注意事項

- (1)「申請代行者が記入する」欄は、被保険者およびその家族(被扶養者)の方以外が申請する場合には、住所、連絡先や名称(氏名)等を記入して下さい。
(例)独身の被保険者が入院し、外出できない場合や『限度額適用認定申請書』を入手できない場合等が発生した際に、事業主や親族等が申請手続きの代行を行うときに記入して下さい。
- (2)資格が喪失したときや認定証の有効期限が満了したときは、すみやかに「限度額適用・標準負担額減額認定証」を返却して下さい。