

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 險 者 記 入 欄	健康保険の 記号番号	記号		会社名					
		番号							
被保険者	氏名			男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日			
				平成		平成 年 月 日			
適用対象者	氏名			男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日			
				平成		令和 年 月 日			
被保険者 住所	〒	—		TEL () —					

長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えての入院）していましたか。 · · · 該当 · 非該当 (いずれかに○)

この欄は、長期入院に該当する方のみ記入してください。				入院日数合計 (日間)		
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			日間	
		平成・令和 年 月 日まで				
②	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			日間	
		平成・令和 年 月 日まで				
	入院した保険医療機関等	名称				
		所在地				

※市区町村民税が非課税の方は、【非課税証明書】の添付が必要です。

【注意事項】 裏面をご覧ください。

交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	担当
適用区分			
発効年月日	令和 年 月 日	担当	
有効期限	令和 年 7 月 31 日		

受付印

【注意事項】

1. この申請書を提出いただくのは、次の低所得区分に該当する方です。
 - 1) 70歳未満の方
 - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
 - ・診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。
 - 2) 70～74歳の方
 - ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
 - ・診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、低所得者の適用なりません。
2. 発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし健康保険加入月に申請された場合は、資格を取得した日が発効年月日となります。
3. 有効期限は申請日より最初に到来する7月31日までとなります。
4. 「限度額適用・標準負担額減額認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、健康保険組合に返却願います。

【添付書類】

1. 適用対象者が、70歳未満の場合
 - ・被保険者の「市区町村民税非課税証明書」（又は申請書の「市区町村長証明欄」への証明）
2. 適用対象者が、70～74歳の場合
 - ・被保険者、被扶養者全員の「市区町村民税非課税証明書」、公的年金等源泉徴収票（年金受給者のみ）、給与源泉徴収票

ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係わる年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。

※市区町村民税非課税証明書について

(例)

- ・令和3年8月診療分～令和4年7月診療分：令和3年度（令和2年中収入）の非課税証明書
- ・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分：令和4年度（令和3年中収入）の非課税証明書

【問い合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合
〒530-0054 大阪府大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階
TEL (06)4397-3260