

申請書名	限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書 (非課税者用)
目的	◇受診する際、医療機関の窓口負担を高額療養費の自己負担限度まで+入院時の食事負担額を減額する手続き。 ◇申請により、「限度額適用・標準負担額減額認定証」が発行されるため、窓口で提示する。
提出締切	◇高額に医療費が発生する可能性が高いとき。(入院するとき等) なお、原則 <u>健康保険組合到着日の属する月の1日</u> が発効期日となる。

【第一生命従業員(キャリアローテーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中

(市区町村民税の非課税者用) ①

記入年月日	令和	xx	年	xx	月	xx	日
所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)							
○×				部 支社		○×	
				会社		課 営業オフィス	

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

※被保険者が市区町村民税非課税者は、この申請書が必要です。

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

②

健康保険の資格情報	記号	2	x	x	x	x	番号	1	0	x	x	x	x	x	x
-----------	----	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

③

被保険者	フガナ氏名	ダイイチ ヨシコ 第一 良子	③ 減額 対象者	フガナ氏名	ダイイチ ハナコ 第一 花子	被保険者との続柄
	生年月日	昭和・平成 令和 xx 年 xx 月 xx 日		生年月日	昭和・平成 令和 : 年 xx 月 xx 日	年齢 9 歳

④

被保険者(減額対象者)の住所	〒.000-0000.. 〇〇 都道府県 〇〇 (市)区 〇〇xx 1-1-△
※原則、認定証は記入の住所ではなく【所属宛】に送付します。(注3参照)	

⑤

緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合 (任意継続・特例退職者は自宅以外を希望する場合のみ記入)	☐ 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) ☐ 下記指定住所に郵送(本人宛簡易書留のみ)	左記郵送を希望する理由	☐ 入院中(入院間近) ☐ 休務中 ☐ 自宅以外滞在中
〒.000-0000.. 〇〇 都道府県 〇〇 (市)区 〇〇xx 1-△-△△ 〇〇〇〇病院 東病棟 501号室	※病院を指定する場合は必ず「病院名」と「号室」まで記入してください。		

⑥

日中の連絡先TEL	TEL 090(0000) xx xx x
-----------	-----------------------

⑦

入院、通院開始年月日	令和 xx 年 xx 月 xx 日	⑪ ☐ 新規 ☐ 継続 ※紛失の場合は下記(注)5参照
------------	-------------------	--

⑧

長期入院	☐ 該 当 ☐ 非 該 当	← 長期入院(入院日数が90日を超えるもの)に該当する場合は、以下の欄に記入の上、入院事実の分かる書類を添付する。
------	---	---

⑨

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	成・令和 xx 年 xx 月 xx 日
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇区
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 xx 年 xx 月 xx 日
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇区

● 市区町村民税が非課税の場合は、以下の欄に市区町村の証明をもらうか、「非課税証明書」を添付してください。

⑩

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には〔 xx 年 〕年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和 xx 年 xx 月 xx 日 市区町村長名 〇〇市〇〇市長 〇〇 xx (印)
-------------	---

(注) 1. 上位所得者・現役並み所得者は本申請の対象外です。

2. 被保険者の非課税証明書を取り付けてください。

3. 非課税者の区分は以下の通りとなります。

4月～7月診療分 → 前年度非課税者(前々年の収入による)

8月～翌3月診療分 → 当年度非課税者(前年の収入による)

4. 発行される認定証の有効期限は毎年7月31日迄となります。

その期間が過ぎ引き続き認定証が必要な場合は再度申請をしてください。

の認定証を紛失した場合は、こちらの申請書ではなく「健康保険資格
内の認定証であれば、他の医療機関、調剤薬局でも繰り返し使用可能

健康保険組合到着日の属する月の1日が適用発効日
となります。

◆非課税の証明年度
4月～7月診療分 前年度
8月～翌3月診療分 当年度
例 令和6年7月分 令和5
令和6年8月分 令和6

*別途「非課税証明書」が
記入不要

◆非課税の証明年度

4月～7月診療分	前年度
8月～翌3月診療分	当年度
例 令和6年7月分	令和5年度
令和6年8月分	令和6年度

*** 別途「非課税証明書」がある場合は
記入不要**

被保険者が入院中等で記入できないときは家族が代筆してもよい。その場合は余白に代筆の旨記入する。

記入例：「被保険者が入院中につき記入不能のため 第一 太郎（夫）が代筆」

添付書類	①「市区町村長が証明する欄」の代替として「非課税証明書」でも可 ※必ず被保険者本人の「非課税証明書」を取付ける ※非課税証明年度に注意してください！ 4月～7月診療分 →前年度 8月～翌3月診療分 →当年度 ② 入院日数が90日を超える場合・・・入院事実のわかる書類(領収書等写し)
------	--

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	所属またはグループ会社名	被保険者の所属 部、支社（営業オフィス）、グループ会社名を記入する。
②	健康保険の資格情報 被保険者氏名・生年月日	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1. 「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2. 「資格情報のお知らせ」 3. 「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者本人氏名、生年月日を記入する。
③	適用対象者氏名・生年月日等	今回受診した（する）該当者と生年月日等を記入する。
④	被保険者（適用対象者）の住所	適用対象者の住所を記入する。 ※認定証の送付先は、 一般被保険者の方は、原則、所属宛送付となります。 但し、グループ会社の方は総務宛、任意継続、特例退職の方は自宅宛送付となります。
⑤	所属以外の送付先を希望する場合 その希望する理由 送付先住所	緊急等の理由で認定証の送付先を下記の通り変更する場合のみ記入する。 ◇一般被保険者が所属以外を希望する場合 ◇任意継続、特例退職者が自宅住所以外を希望する場合 ※病院を指定する場合は必ず「号室」まで記入ください。
⑥	日中の連絡先	日中の連絡先電話番号を記入する。（事務センターまたは健保組合が緊急で連絡を取りたい時の連絡先）
⑦	入院、通院開始年月日	受診開始日を記入する。（見込みで可）
⑧	長期入院の該当・非該当	90日を超える入院の場合、「該当」を○で囲む。 90日以内の入院の場合は「非該当」を○で囲む。
⑨	入院内容	入院している期間（引き続き入院中の場合は、申請月前月末まで）・病院名・所在地を記入する。 また、複数回・複数の医療機関に入院していた場合は、2段目以降も記入する。
⑩	市区町村長が証明する欄	市区町村の窓口で、被保険者本人に対する非課税証明を取り付ける。 非課税証明年度に注意する。 別途、非課税証明書を取り付けている場合は省略可。
⑪	新規・継続	「新規」か「継続」かチェックする。 お手持ちの「限度額適用・標準負担額減額認定証」の有効期限が到来するため継続する場合は、「継続」にチェックする。

【限度額認定証(非課税用) 見本】

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証				
令和 ×× 年 × 月 ×× 日交付				
被 保 険 者	記号	2 × × ×	番号	10 × × × × ×
	氏名	第一 良子		
	生年月日	昭和 ×× 年 × 月 × 日		
適 用 ・ 減 額 対 象 者	氏名	第一 花子		
	生年月日	平成 ×× 年 × 月 × 日		
	住所			
発効年月日		令和 ×× 年 × 月 × 日		
有効期限		令和 ×× 年 × 月 ×× 日		
適用区分		オ		
長期入院該当		令和 ×× 年 × 月 ×× 日	保険 者印	第一 生命
保 険 者	所在地	東京都△△△△△		
	保険者 番 号 名 称 及び印	06130660 組健第 合康一 之保生 険保令		

申請が受理されると、健康保険組合から後日、左図のような認定証を送付します。
受診の際は医療機関窓口へご提示願います。
有効期限がありますのでご注意ください！期限を過ぎても交付を受けたい場合は、再度申請願います。

※認定証に印字されている区分によって自己負担限度額が異なります。(下表参照)

【高額療養費の自己負担限度額】

70歳未満

適用区分	標準報酬月額	自己負担限度額
上位 所得者	ア 83万円以上	252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% [多数該当 140,100円]※1
	イ 53万～79万円	167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% [多数該当 93,000円]※1
一般 所得者	ウ 28万～50万円	80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% [多数該当 44,400円]※1
	エ 26万円以下	57,600円 [多数該当 44,400円]※1
低所得者	オ 市区町村民税 の非課税者	35,400円 [多数該当 24,600円]※1

70歳以上(2018.8月以降)

適用区分	標準報酬月額	外来 (個人ごと)	外来＋入院 (世帯ごと)
現 役 並 み 所 得 者	Ⅲ 83万円以上 (高齢受給者証3割負担)	252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% [多数該当 140,100円]※1	
	Ⅱ 53万～79万円 (高齢受給者証3割負担)	167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% [多数該当 93,000円]※1	
	Ⅰ 28万～50万円※2 (高齢受給者証3割負担)	80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% [多数該当 44,400円]※1	
一般所得者	26万円以下 ※3 (高齢受給者証2割負担)	18,000円 年間上限14.4万円 (前年8月～7月)	57,600円 [多数該当 44,400円]※1
低 所 得 者	Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (所得が一定基準以下)		15,000円

※1 過去12ヶ月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」となり、上限額が下がります。

※2 特例退職者は現役並み所得者Ⅰに区分されます。但し、※3に該当する場合は申請により一般所得者となります。

※3 70歳以上の被保険者・被扶養者の世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含まれます。

※入院中の食事代、健康保険の適用とならない実費分、諸雑費は上記自己負担限度額とは別にお支払ください。

**(注意)有効期限の経過や資格喪失した限度額適用認定証は健保組合へ返却願います！
万一、紛失した場合は「資格確認書等発行申請書」を提出していただくことになります。**

Q & A

Q 1. 認定証をすでに持っていますが、別の病院でもこの認定証は使用出来ますか？

A 1. 有効期限内の認定証であれば、他の医療機関、院外調剤薬局でも繰り返し使用可能です。

Q 2. 医療機関へ提示したいのですが、認定証を紛失してしまいました。再度、限度額適用認定申請書を提出すればよいですか？

A 2. 認定証を紛失した場合は、認定申請書ではなく「健康保険資格確認書等発行申請書」を提出願います。

R6. 12 月改訂