

| | |
|------|---|
| 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、窓口で健康保険証と一緒に提示する。 |
| 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、原則健康保険組合到着日の属する月の1日が発効期日となる。 |

【記入見本】 * **市区町村民税の非課税者(低所得者)専用用紙** です。
 (上位所得者、現役並み所得者は非課税であっても対象にはなりません)

【第一生命従業員(ケアソリューション者含む)】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)

健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 記入年月日 | 令和 ××年 ×月 ××日 |
| | 所属またはグループ会社名 (任意職・特別退職者は記入不要) | 部: ○× 支社: ○× 会社: 営業オフィス |

| | | |
|---|--|--|
| 2 | 被保険者証 | 記号 2 × × × × 番号 1 0 × × × × × × |
| 3 | 被保険者 | 氏名 第一 良子 氏名 第一 花子 |
| | 減額対象者 | 氏名 第一 花子 年齢 9 歳 |
| | 生年月日 | 昭和/平成/令和 ××年 ×月 ××日 |
| 4 | 被保険者(減額対象者)の住所 | 〒○○○-○○○○ ○○ 都道府県 ○○ 市区町 〇〇×× 1-1-△ |
| 5 | 緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合 (任意職・特別退職者は自宅以外を希望する場合のみ記入) | <input type="checkbox"/> 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) <input type="checkbox"/> 左記郵送を希望する理由 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中(入院間近) <input checked="" type="checkbox"/> 下記指定住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) <input type="checkbox"/> 休務中 <input type="checkbox"/> 自宅以外滞在中 |
| 6 | 日中の連絡先TEL | TEL 090 (○○○○) ×××× |
| 7 | 入院、通院開始年月日 (見込みで記入可) | 令和 ××年 ×月 ×日 |
| 8 | 長期入院 | <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 9 | ① 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成・令和 ××年 平成・令和 ××年 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 ○×病院 所在地 ○○県○○市 |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成・令和 年 平成・令和 年 |
| | 入院を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 (××) 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和××年 ×月 ×日 市区町村長名 ○○市○○市長 ○○ ×× |
|----|-------------|--|

(注) 1. 上位所得者・現役並み所得者は本申請の対処外です。
 2. 被保険者の非課税証明書を添付してください。
 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。
 その期限後も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。
 5. 有効期限内に紛失した場合は、こちらの申請書ではなく「被保険者証等滅失届」を提出し、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です。

◆ **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4年7月分 令和3年度
 令和4年9月分 令和4年度

* 別途「非課税証明書」がある場合は記入不要

原則、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。

お手持ちの「健康保険限度額適用・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

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 | <p>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</p> <p>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)</p> |
|------|--|

【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 | 被保険者証の記号番号 被保険者氏名・生年月日 | 健康保険証の記号番号、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、 <u>一般被保険者の方は、原則、所属宛送付となります。</u> 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 | <u>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。</u> ◇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 | 06130660 | |
| | 名称及び印 | 第一生命健康保険組合 | |

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。
 受診の際は健康保険証と一緒に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 | 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 | 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 | 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、紛失した場合は滅失届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「被保険者証等滅失届兼再交付申請書」を提出願います。

R4. 8月改訂