

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き

低所得者の方で入院や通院で医療費が高額になる場合、窓口でのお支払いが一定の金額までとなる認定証を交付します。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

添付書類をご用意ください。

最終ページをご確認の上で当てはまる書類を添付してください。

(詳しくは協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください。)

| | |
|---|--|
| 住民税非課税の方 | ○被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本) ※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要 |
| 被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方 | ○被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など)(原本) |
| ※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。 (例)・平成29年8月診療分～平成30年7月診療分：平成29年度(平成28年中収入)の証明書 ・平成30年8月診療分～平成31年7月診療分：平成30年度(平成29年中収入)の証明書 | |
| 「限度額適用・標準負担額減額認定」の低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方 | ○「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」 |
| 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)される方 | ○入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など) |

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け取ります)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ



検索

1
2
ページ
減

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 市区町村住民税非課税などの低所得者用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ

1 被保険者情報


| | | | |
|------------------|---|----------|---|
| 被保険者証の (左づめ) | 記号 21700023 | 番号 21 | 生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2 |
| 氏名・印 | (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎  | | 自署の場合は押印を省略できます。 |
| 住所 | (〒105-0000) 東京  港区〇〇 1-1 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 03 (XXXX) XXXX △△マンション112 | | |

2 認定対象者欄


| | | | |
|--|--|-----------|---|
| 療養を受ける方 氏名 | 協会 花子 | 生年 月 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 62 年 3 月 5 日 |
| 療養予定期間 | 平成 29 年 3 月 ~ 平成 29 年 7 月 | | |
| 療養する方は、長期入院されましたか? <small>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村住民税が課されていない期間の入院期間に限ります。</small> | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。 | | |

3 送付希望先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。


| | |
|------------------|---|
| 住所 | (〒102-0000) 東京  千代田区〇〇 1-1 |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 |
| 宛名 | 〇〇株式会社 |


申請代行者欄は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

| | | |
|------------------|---|---|
| 氏名・印 |  | 被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | 申請代行の理由 () |

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 平成 29 年 〇 月 〇 日

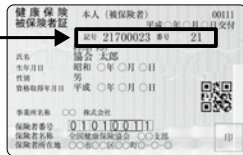
4 被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マインバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 |  | 受付日付印 (99.7) |
| 株式会社番号 | 協会使用欄 | |
| 1 | | |


1 / 2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、保険証に記載されています。



2 療養する方が長期入院された場合は2/2ページを必ずご記入ください。

3 送付希望先

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

4 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

・マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。* 貼付台紙に ㊦ ㊧ どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。

㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|---|-------|
| 長期入院欄 | 申請を行った月以前1年間の入院日数合計 | 92 日間 | |
| | ① 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 29 年 8 月 6 日 から 平成 29 年 9 月 26 日まで | 52 日間 |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 ○○総合病院 所在地 東京都品川区△△1-1 | |
| | ② 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 29 年 11 月 6 日 から 平成 29 年 12 月 15 日まで | 40 日間 |
| | 入院した保険医療機関等 | 名称 ○○総合病院 所在地 東京都品川区△△1-1 | |
| ③ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで | 日間 | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 所在地 | | |
| ④ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで | 日間 | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 所在地 | | |
| ⑤ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで | 日間 | |
| 入院した保険医療機関等 | 名称 所在地 | | |

5 市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。
当該被保険者(氏名 協会 太郎)は平成(29)年度の市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名 港区長 ○○ ○○ (区長)

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

様式番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|



記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

5 本申請書に市区町村長の証明を受けられる場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
(例)
・平成29年8月診療分～平成30年7月診療分：平成29年度(平成28年中収入)の(非)課税証明
・平成30年8月診療分～平成31年7月診療分：平成30年度(平成29年中収入)の(非)課税証明

限度額適用・標準負担額減額認定の概要

1 低所得者の高額療養費の自己負担限度額および入院時食事(生活)療養費の標準負担額

| | 高額療養費の自己負担限度額(※4) | | | 入院時食事(生活)療養費の標準負担額 | | | |
|---------------|-------------------|---------|----------|--------------------|----------|--------------|---------|
| | 外来 | 外来+入院 | | 入院時食事療養費(1食) | | 入院時生活療養費(※3) | |
| | | | 多数該当(※1) | | 長期入院(※2) | 食費(1食) | 居住費(1日) |
| ①低所得者(70歳未満) | | 35,400円 | 24,600円 | 210円 | 160円 | 210円 | 320円 |
| ②低所得者Ⅱ(70歳以上) | 8,000円 | 24,600円 | | 210円 | 160円 | 210円 | |
| ③低所得者Ⅰ(70歳以上) | 8,000円 | 15,000円 | | 100円 | | 130円 | |

- ※1 診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。
- ※2 申請を行った月以前の1年間で、90日を超えて入院をされていた場合は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。
- ※3 入院医療の必要性が高い方は、食費の負担は入院時食事療養費の標準負担額と同額に減額され、居住費の負担はなくなります。
- ※4 保険外負担分(差額ベッド代)などは、対象外となります。

2 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

| | |
|-------------------|--|
| ①低所得者(70歳未満)(※1) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者 |
| ②低所得者Ⅱ(70歳以上)(※2) | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者 |
| ③低所得者Ⅰ(70歳以上)(※2) | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者 |

- ※1 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。
- ※2 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は適用とはなりません。

3 入院時食事(生活)療養費にかかる標準負担額の減額について

○入院時食事療養費にかかる標準負担額の減額

入院した場合の食事については、食事にかかる一部負担(食事療養標準負担額といいます。)をすることで、食事の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口に表示することで、食事療養標準負担額が軽減されます。

○入院時生活療養費にかかる標準負担額の減額

65歳以上の方で、療養病床に入院する場合は、生活療養にかかる費用のうち一部負担(生活療養標準負担額といいます。)をすることで、食事や適切な療養環境の提供を受けることができます。低所得者の方については、認定証を医療機関の窓口に表示することで、生活療養標準負担額が軽減されます。

注意事項

○高額療養費支給申請書の提出が必要な方

- ・医療機関等の窓口でお支払いされた自己負担額について、①受診月ごと、②受診者ごと、③医療機関ごとに区分し、それらを更に④医科と⑤歯科の別、⑥入院と⑦外来の別という区分で見た結果、1つの区分で21,000円以上に該当する場合。(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます。)
- ・軽減前の自己負担限度額が適用された場合

○有効期限

- ・申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最長で初めて到来する7月末日が有効期限となります。

○認定対象者について

- ・本申請書の認定対象者は上記「2 低所得者について」に該当する方が対象となります。70歳未満の低所得者以外の方は「健康保険限度額適用認定申請書」をご提出ください。また、70歳以上の現役並み所得者及び一般所得者の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口でのお支払いが自己負担限度額までとなります。