

70歳以上の「高齢受給該当者」かつ「市区町村税非課税」の方についての申請書です

「健康保険限度額適用認定申請書」

被保険者等 記号・番号	記号	番号	申請日	年 月 日
			入院/通院開始日(予定日)	年 月 日
被保険者氏名 (自署) 生年月日(年号☑)	□S・□H: 年 月 日生		適用 対象者 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ↓(適用対象者が被扶養者の場合は下欄を記入してください)
事業所名	□ POJ □ PHJ □ PGA □ PGSJ □ その他(任継・特退・その他)		被扶養者 氏名 生年月日 (年号☑)	□S・□H・□R: 年 月 日生
所属名			続柄	被保険者との続柄 ()
「限度額適用認定証」の送付先について、いずれかに☑をつけてください				
<input type="checkbox"/> 勤務先(所属宛)	会社担当部署経由の送付となります 〒()			
<input type="checkbox"/> 被保険者住所	被保険者住所: TEL: ()			
<input type="checkbox"/> その他(入院/通院先医療機関等) (被保険者名での送付及び医療機関等 での書留郵便受取が可能であることが 条件)	〒() 送付先住所: 送付先名称: (病棟 号室) TEL: ()			

「標準負担額減額認定申請書」

※被保険者が非課税世帯の場合、下欄をご記入の上、「非課税証明書」を提出してください(入院したときの食事にかかる費用の減額)

・必要書類…市区町村発行の「非課税証明書」(次の通り、年度に注意してください)	
【申請年月日ベース】	
・8月～12月に申請をする場合…前年の所得が証明されている非課税証明書(当年度標記、前年所得が証明されているもの) 〈例〉2024(令和6)年8月～12月に申請をする⇒「令和6年度(令和5年中の所得)」の内容が証明されている非課税証明書が必要	
・1月～7月に申請をする場合…前々年の所得が証明されている非課税証明書(前年度標記、前々年所得が証明されているもの) 〈例〉2024(令和6)年1月～7月に申請をする⇒「令和5年度(令和4年中の所得)」の内容が証明されている非課税証明書が必要	
直近1年間の入院数が90日を超えていますか?(いずれかに☑) ※入院時の食事にかかる費用の減額が適用される場合があります	<input type="checkbox"/> 超えてない <input type="checkbox"/> 超えている(超えている場合下欄もご記入ください!)
申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
入院をした保険医療機関等	医療機関名 所在地 〒() TEL: ()

※「健康保険限度額適用認定証」等の認定は、原則として申請した(又は受理した)日の属する当月1日からとなります。

ただし、月の途中で資格取得した場合にはその日となります。

※「健康保険限度額適用認定証」の有効期限が経過した場合には、認定証は返還いただき、必要に応じて再度申請が必要です。

※記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。

健保組合 印欄	伺年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	確認者	担当者
	発効日	年 月 日	有効期限	年 月 日				
	月額(区分)	千円 ()	発行NO.					

受付日付印