

【住民税非課税など低所得者用】

常務理事	事務長	担当

裏面に低所得申請方法の選択欄がございます。必ず①～③のいずれかを選択し、申請いただくようお願い致します。

被保険者  
被扶養者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の記号・番号				事業所名称（所属する会社名）		
被保険者	氏名	Ⓜ				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
対象者	氏名	被保険者との続柄				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
被保険者の連絡先		〒 日中連絡が取れる電話番号（ ） —				
送付先住所（被保険者の連絡先と同様の場合省略可）		〒 電話（ ） —				
傷病の原因		<input type="checkbox"/> 外傷性疾病（ケガ・やけど等）（原因： ） ※業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガ等の場合は、健保まで必ずご連絡下さい。 <input type="checkbox"/> 上記以外(帝王切開・盲腸等)（病名または症状： ）				
長期入院		該当・非該当	長期入院該当の場合		入院日数合計（ ）日間	
長期 該 当 者 の み 記 入	1	申請日の前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		
		入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地			
	2	申請日の前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		
		入院を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 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
申請代者欄		「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外が申請する場合にご記入下さい。				
		氏名	Ⓜ		電話番号（日中の連絡先） ( )	
			被保険者と の関係	申請代行 の理由	<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 ( )	
上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。					【 受付年月日 】 健保使用欄	
平成 年 月 日 申請						
リクルート健康保険組合 理事長 殿						

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。

裏面の①～③のいずれかの低所得申請方法を選択し、注1)～注3)、申請先、その他注意事項を必ずご確認の上、申請してください。

### 【低所得申請方法】※記入必須項目

低所得の区分に基づく限度額適用・標準負担減額認定証の交付を希望する場合は、以下の①～③のいずれかの方法により非課税である証明を行ってください。(最短日数での発行を希望する方は①または②を選択してください。③を選択した場合、証の発行に時間がかかる場合があります。また後日改めて(非)課税証明書をご提出いただくことがあります。これらをご了承いただける方のみ③をご選択ください。)

#### □①「市区町村民税(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人の住民税が非課税の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。

※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です。

#### □②市区町村からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には 市区町村長名	年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 印
-------------	--------------------	------------------------------

#### □③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望 ※被保険者の1/1現在の住民票上の住所をご記入ください。

1/1付の住民票住所	(〒 — )
------------	--------

注意1 H29.8~H30.7診療分はH29年1月1日の住民票住所、H30.8~H31.7診療分はH30年1月1日の住民票住所を記入してください。

注意2 70歳以上の低所得Iの区分に該当する方は③を選択できません。(低所得Iとは：70歳以上である被保険者およびその被扶養者全員が市区町村民税非課税で、所得が一定基準(年金収入80万円以下等)を満たす人等)

注1) 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院されていることです。ただし住民税が課されていない期間の入院に限ります。)される方は、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)を添付してください。

注2) 「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は、「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」を添付してください。

注3) 65歳以上の医療療養費病床に入院される方の内、境界層該当者にあたる方は福祉事務所長が交付する証明書を添付してください。

注4) 対象者が70歳以上の被保険者および被扶養者の方は提出書類に注意点が多く存在しますので、お手数ですが提出前に担当者までご連絡をいただくようお願いいたします。

<申請先> 〒100-6640 東京都千代田区丸の内1-9-2 グラントウキョウサウスタワー  
リクルート健康保険組合 業務グループ 限度額認定証担当宛  
電話：0120-501-042(音声ガイドで「1」を選択)

### <その他注意事項>

- ・認定証は、原則この申請書が健保に到着した日に発行し郵送します。申請日が翌月以降の場合、翌月以降の月の属する月の初日に発行、送付します。ただし、土日祝日と年末年始休みは除きます。また非課税である証明を上記の③とした場合、証の発行に時間がかかる場合や後日改めて(非)課税証明書を提出いただく場合がありますのでご了承ください。
- ・傷病の原因によっては、第三者行為届等のご提出を依頼させていただく場合がございますので、ご了承ください。
- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限」
- ・認定証の発効日は、申請日の属する月の初日となります。(申請日が翌月以降である場合は翌月以降の初日)ただし、申請のあった月に被保険者・被扶養者となられた方については、資格取得日または扶養認定日とします。
- ・有効期限は、直近の7月末までとなります。
- ・有効期限が経過し、継続して健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を希望する場合は、再度交付申請書を提出してください。
- 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の返納」
- ・認定対象者が次に該当した時は、5日以内に限度額適用認定証を返納してください。
  - ①認定証の有効期限に達したとき。
  - ②被保険者が資格を喪失したとき。
  - ③異動等により保険証の記号・番号が変わったとき。
  - ④認定対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき。
  - ⑤被保険者等の氏名に変更があったとき。
  - ⑥被保険者の所得変動等に伴い、適用区分欄に表示された区分が変更になる時