

【住民税非課税など低所得者の方】
裏面に低所得申請方法
いずれかを選択し、申請いたします。

該当する方を○で囲んでください。

必ず①～③の

派遣スタッフの方は「リクルートスタッフィング」、任意継続の方は「任意継続」と記入してください。

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		25		000		事業所名称 (所属する会社名)	
被保険者	氏名	健保 一郎				(株) リクルートスタッフィング	
	生年月日	昭和 平成	53年 1月 1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			本人	
被保険者の連絡先		〒555-5555 大阪府大阪市〇〇区××1-1-101 日中連絡が取れる電話番号 (090) 0000-0000					
送付先住所 (被保険者の連絡先と同様の場合省略可)		〒530-8240 大阪府大阪市北区鶴馬町 1-1-1 鶴馬病院西病棟 401号 電話 (06) 0000-0000					
傷病の原因		<input checked="" type="checkbox"/> 外傷性疾病 (ケガ・やけど等) (原因: 休日に自宅で転倒。大腿骨骨折) ※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		<input checked="" type="checkbox"/> 該当	非該当	長期入院該当の場合		入院日数合計 (94 日間)	
長期 該当 者の のみ 記入	1	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		平成 28 年	病院宛にする場合は受取可能か確認のうえ、病棟・部屋番号を記入して下さい。		
	該当する方を○で囲んでください。		平成 28 年				
	名称		〇〇女子附属医療病院		所在地		大阪市〇〇区 2-2-2
2	申請	28年 12月 25日から		29年 2月 3日まで		40日間	
長期入院が非該当の場合、太枠内は記入不要です。		▽▽病院		住民税が非課税である期間の入院に限ります。			
大阪市▽▽		平成 29 年 2月 4日から		平成 29 年 3月 5日まで		30日間	
入院をした保険医療機関等		名称		××大学病院		所在地	
		大阪市××区 1-3					
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		<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 29 年 3月 9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。

申請書裏面あるいは2枚目

注意事項を必ずご確認の上、以下の①～③のいずれかを選択して低所得の申請を行ってください。

【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	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	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	(〒 555-5555) 大阪府大阪市〇〇区××1-1-101
------------	-------------------------------------

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。

マイナンバーの情報連携による添付書類(非課税証明書)の省略を希望される方は1/1付の住民票住所を記入してください。この例の場合は、H28年度(2025年)の非課税証明書を提出いただきますので、H28.1.1時点の住民票住所を記入いただきます。

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)

注1) 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院入院に限り)される方は、入院期間を証明してください。

注2) 「限度額適用・標準負担減額認定」の低所得者の通知書に「限度額適用・標準負担減額認定該当」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。

被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の記入見本

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者 被扶養者		限度額適用認定証交付申請書	
被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称(所属する会社名)	

記号・番号欄に12桁の記号番号を記入してください(記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。個人番号に係わる必要書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。