

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

兼 住民税非課税申告書

- この認定証は、医療費の自己負担額が、国が定める自己負担限度額を超えて高額となる時、窓口での支払いを法定の自己負担限度額までにとどめることができます。
- 認定証の交付は希望せず、非課税であった旨のみを申告する場合は、右記をチェックしてください → → → → →
- この申請書は、被保険者が住民税非課税の場合に使用するものです(非居住者のため非課税だった方は対象外です)。

いすゞ自動車健康保険組合 御中
健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	被保険者名 フリガナ 本申請書の提出を事業主に委任します	生年月日 (才) 昭 平 成 令和 年 月 日	記号	番号
	現住所(居所) 〒 TEL	事業所名		
住民票上の住所と異なる場合はチェック →→→ <input type="checkbox"/>				

限 度 額 ・ 標 準 負 担 額 減 額 証 の 交 付 を 希 望 す る 場 合 	適用対象者名 フリガナ	生年月日 (才) 昭 平 成 令和 年 月 日	被保険者との続柄		
	受診理由 ※外傷・ケガでの受診の場合は負傷原因届を添付 入院 ・ 外来 ・ 入院&外来 ・ 出産 ・ 外傷(ケガ) ・ 交通事故 ・ その他()				
	医療機関名 TEL				
	希望送付先 ○印記入	被保険者現住所 ・ 事業所担当者 ・ 社内便(地区 コード 宛名) ・ 医療機関宛(〒) ・ ※医療機関に確認後、病棟や部屋番号または受取担当部署名・担当者名を記入してください。 その他 (〒) ※対象者・申請代行者の住所など。宛名も記入してください。			
	入院予定期間 (わかる範囲で記入)	令和 年 月 日 ~ 日間 ・ 週間 ・ ヶ月間 程度 または 未定			
	長期入院(90日以上)	該当 ・ 不該当 どちらかに○印	※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院している 場合です。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限りです。 該当の場合は下欄に入院期間を記入してください。		
	①申請の前日1年間の 入院日数(日間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	医療機関名 所在地		
	②申請の前日1年間の 入院日数(日間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	医療機関名 所在地		
③申請の前日1年間の 入院日数(日間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間	医療機関名 所在地			

申請 代 行 者 記 入 欄	申請代行者	被保険者との関係	申請代行の理由 ・被保険者が入院中で手続きできないため ・その他()
----------------------------------	-------	----------	---

- (注) ・マイナンバーを使った情報連携にて非課税情報を調べます。翌年以降も非課税の場合は、毎年届出、申請が必要です。
当年度の課税情報(前年中の収入)が、当年8月~翌年7月診療分の判定基準の基となる収入です。
- 対象者が70歳以上で、被保険者の所得がない場合は、世帯全員の収入を確認する場合があります。
 - 認定証を希望する場合、申請書は適用対象者ごとに必要です。非課税の登録は被保険者分のみが対象です。
 - 事業所を経由せず健康保険組合に直接申請も可能です。郵送→ 〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地 / 社内便→地区:7 コード:健保
 - 受診理由が外傷・ケガ・交通事故・けんか・動物に噛まれた等の理由の場合は、負傷原因届を必ず添付してください。
発行できない場合もありますので事前に健康保険組合までご連絡ください。
 - 記入もれがあると交付が遅れる場合がありますのでご注意ください。
 - 当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

健 保 使 用 欄	標準報酬月額	発効年月日 令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当	事業所担当者確認欄	
	適用区分 才・II・I	有効期限 令和 年 月 日						