

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(低所得(非課税)者用)

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険	記号	00	事業所名	〇〇〇株式会社		
		番号	000000	所属	(ポストNo A000) 〇〇〇課〇〇〇係 TEL(000) 000 - 0000 (内線 00000)		
	被保険者	氏名	〇〇〇 〇〇	男 女	生年月日	昭和 平成	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	適用対象者	氏名	〇〇〇 〇〇	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2-3 TEL(000)- 000 - 0000					

長期入院 (いずれかに○)	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ <input type="radio"/> 非該当	長期入院とは、申請月以前の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。				
ここからは長期入院に該当する方のみ記入してください。				入院日数合計(〇〇 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から	〇〇日間			
		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から				
	入院した保険医療機関等	名称	〇〇〇〇〇〇			
		電話番号	(000)-000-0000			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院した保険医療機関等	名称				
		電話番号				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院した保険医療機関等	名称				
		電話番号				

市区町 証明欄 市長	当該被保険者(氏名)は令和()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
------------------	--

【添付書類(詳しくは裏面をご確認ください)】

※市区町村が交付した「非課税証明書(原本)」を添付または市区町村長証明欄に証明が必要です。

○4月診療分～7月診療分については、前年度(前々年中収入)の非課税証明書が必要です。

○8月診療分～翌年3月診療分については、当年度(前年中収入)の非課税証明書が必要です。

※長期入院の場合は、入院期間を確認できる書類等を添付してください。

常務理事	事務長	係

.....受付印.....

【注意事項】

- この申請書を提出いただくのは、次の低所得区分に該当する方です。
 - 70歳未満の方
 - 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
 - 市区町村民税の非課税等であっても診療月において標準報酬月額が53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。
 - 70～74歳の方
 - 低所得II：70歳以上で市区町村民税の非課税者である被保険者もしくは被扶養者
 - 低所得I：70歳以上で被保険者およびその被扶養者全員が市区町村民税の非課税者で、所得が一定基準(年金収入80万円以下等)を満たす人
 - 診療月において「現役並み所得者」に該当する方は、低所得者の適用になりません。
- 認定証は、申請を受理した日の属する月の1日から有効のものを交付します。
ただし健康保険加入月に申請された場合は、資格を取得した日から有効のものを交付します。
- 有効期限は申請日より最初に到来する7月31日までとなります。
- 「限度額適用・標準負担額減額認定証」の「有効期限」が過ぎましたら、健康保険組合に返却願います。

【添付書類】

- 適用対象者が、70歳未満の場合
 - 被保険者の「市区町村民税非課税証明書(原本)」
- 適用対象者が、70～74歳の場合
(住民票上 同一世帯)
 - 低所得Iと低所得IIを判断するため被保険者、被扶養者全員の「市区町村民税非課税証明書(原本)」、公的年金等源泉徴収票(年金受給者のみ)、給与源泉徴収票(給与がある方のみ)
(住民票上 別世帯)
 - 低所得Iと低所得IIを判断するため被保険者、被扶養者全員の「市区町村民税非課税証明書(原本)」、公的年金等源泉徴収票(年金受給者のみ)、給与源泉徴収票(給与がある方のみ)
 - 住民票上 別世帯にしていることが分かる書類(住民票等)

ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得(障害又は遺族に係わる年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。

※市区町村民税非課税証明書について

- 4月診療分～7月診療分については、**前年度**(前々年中収入)の非課税証明書が必要です。
- 8月診療分～翌年3月診療分については、**当年度**(前年中収入)の非課税証明書が必要です。

- 長期入院に該当する場合
 - 入院期間を確認できる書類等を添付してください。(入院期間が記載された領収証等)

【問い合わせ先】

マツダ健康保険組合
〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号
mkenpo_benefit@mazda.co.jp