低所得者用	健保使用欄				常務理事	担当上司	担　当
	適用区分	70歳未満	オ:低所得者				
		70歳以上	C:低所得者Ⅱ　・　C:低所得者Ⅰ				
	認定証交付日	令和　年　月　日					
	発効年月日	令和　年　月　日					
	有効期限	令和　年　月　日			標準報酬月額	千円	

健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定　申請書

三谷健康保険組合　御中

◎裏面の注意事項をよくお読みのうえ、添付書類を添えてご申請下さい

被保険者						
記号-番号	―	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
事業所(会社)の名称						
氏　名		日中連絡先電話番号				
		勤務先	―	―		
生年月日	昭・平　年　月　日	携　帯	―	―		
		自　宅	―	―		
住　所	〒　―					

適用対象者				
氏　名		被保険者との続柄		
生年月日	昭・平・令　年　月　日			
傷病の原因	病気　・　ケガ(裏面注意事項3.参照)　・　出産 その他（　　）			
	ケガの場合のみ、負傷した日時、場所、状況を詳しく記入してください （　　）			
療養する方は、長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。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ます。		はい　・　いいえ		
上記で「はい」と答えた場合、以下の長期入院欄をご記入ください。				
長期入院欄	申請を行った月以前１年間の入院日数合計	日間		
1	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
2	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
3	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間		
	入院した保険医療機関等	名　称		
		所在地		
交付必要期間 入院予定期間などをご記入下さい。	＊認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日(健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日)から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			

被保険者本人の場合は、氏名・続柄・生年月日欄の記入は不要です。

※裏面にもご記入願います。

認定証送付先	□ 被保険者欄の住所へ送付希望
	□ 被保険者欄の住所とは別の場所に送付希望 □ 家族宛　□ 勤務先宛　□ 医療機関宛　＊医療機関へ送付の場合は、必ずご本人に届くよう医療機関に病棟等宛先を確認してご記入下さい。 〒　　－ 宛名

市区町村長証明欄	市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。 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　　㊞

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明が必要となります。

添付書類

① 被保険者の非課税証明書（4月～7月診療分は前年度の非課税証明書を、8月～翌年3月診療分は当年度の非課税証明書）
ただし、上記市区町村長証明欄に証明を受けた場合は非課税証明書の添付は不要です。
② 低所得の適用により生活保護を必要としない人 ⇒ 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載の「保護申請却下通知書」または「保護廃止決定通知書」
③ 長期入院(申請月以前の1年間で90日を超えて入院)されている場合 ⇒ 入院期間が記載されている領収書など入院期間を証明する書類
④ 70歳以上の方で所得区分が「低所得者Ⅰ」に該当される場合は、被保険者および被扶養者全員の「所得証明書」（下記「低所得者について」参照）

【低所得者について】下記のいずれかに該当される場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

低所得者 (70歳未満)	・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 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要とされない被保険者とその被扶養者 ※標準報酬月額が53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。
低所得者Ⅱ (70歳以上)	・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 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要とされない被保険者とその被扶養者 ※標準報酬月額が28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は、低所得者の適用にはなりません。
低所得者Ⅰ (70歳以上)	・被保険者およびその被扶養者全員が、収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要とされない被保険者とその被扶養者 ※標準報酬月額が28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は、低所得者の適用にはなりません。

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

申請日　令和　　年　　月　　日

≪注意事項≫
1. この申請書は、被保険者本人が、診療月の属する年度(ただし、4月～7月診療までは前年度分)の市区町村民税非課税の場合にご使用ください。
2. 業務上、通勤中のケガや病気は労災適用のため対象になりません。（健康保険は使えません）
3. 傷病原因が、ケガ、交通事故などで第三者(自分以外の人)が原因の場合には、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要ですので、事前に当組合までご連絡ください。
4. 認定証の有効期間は、当組合に申請のあった日の属する月の初日（健康保険加入月に申請された場合は、資格取得日または扶養認定日）から最長で初めて到来する7月末日の範囲となります。
有効期限を過ぎて引き続き認定を受ける場合は、再度の申請が必要になります。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
▸回のような限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので
マイナ保険証をぜひご利用ください.

【申請書送付先・問い合わせ先】
〒910-8510
福井県福井市豊島1-3-1　三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL　0776-20-3155