

# 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 被保険者証	記号		所属部署	TEL ( ) -		
		番号					
	被保険者	氏名		印	男・女	生年月日	昭和 年 月 日
	適用対象者	氏名			男・女	生年月日	平成 昭和 年 月 日
	被保険者 住所	〒 -					TEL ( ) -

長期入院（申請月以前の1年間で90日を超えての入院）していませんか。・・・ 該当 ・ 非該当 （いずれかに○）

この欄は、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（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成・令和 年 月 日から	日間		
		平成・令和 年 月 日まで			
	入院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・令和 年 月 日から	日間		
		平成・令和 年 月 日まで			
	入院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・令和 年 月 日から	日間		
		平成・令和 年 月 日まで			
	入院した保険医療機関等	名称			
		所在地			

※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。

※4月～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となります。

市 証 区 明 町 村 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

【注意事項】 裏面をご覧ください。

交付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長
適用区分			
発効年月日	令和 年 月 日	担当	担当
有効期限	令和 年 月 日		

受付印

## 【注意事項】

**マイナ保険証をお持ちの場合は限度額適用認定証は発行できません。**

医療機関では、マイナ保険証であなたの自己負担限度額がわかりますので、限度額適用認定証を提示することなく、限度額を超える医療費の支払いを免除してもらうことができます。  
マイナ保険証を利用すると、限度額適用認定証交付申請手続き等の手間と時間を省くことができます。  
マイナ保険証をご利用ください。

1. この申請書を提出いただくのは、次の所得区分に該当する方です。
  - 1) 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
    - ・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。
  - 2) 70～74歳の方
    - ・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
    - ・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。
2. 発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし健康保険加入月に申請された場合は、資格を取得した日が発効年月日となります。
3. 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。
4. 「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】

1. 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」（又は申請書の「市区町村長証明欄」への証明）
2. 適用対象者が、70～74歳の場合
  - ・被保険者、被扶養者全員の「市区町村民税非課税証明書」、公的年金等源泉徴収票（年金受給者のみ）、給与源泉徴収票

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～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となります。

- (例) ・2024年8月～2025年7月診療分：2024年度（2023年中の収入）の証明書  
・2025年8月～2026年7月診療分：2025年度（2024年中の収入）の証明書

## 【問い合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合  
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702  
Tel (052)951-4907