

【注意①】 R6.12.2より保険証制度が変更となる為、限度額適用・標準負担額減額認定証の制度も変更となります。

- ・マイナ保険証(※)の利用登録をされた方・・・今まで通り健保への申請は必要ですが、原則、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付できません。
 マイナ保険証を使用することで、医療機関での会計時に限度額を超える支払が免除されます。
 手続きとして健保への申請は必要ですが、認定証を交付しない為マイナポータルで登録状況をご確認ください。
 申請書に不備がなければ、健保にて申請書受理後2営業日以後でマイナポータルに反映されます。
 <確認方法> マイナポータルにログイン>健康保険証>限度額適用認定証関連の情報>区分が「オ」なら反映済
 やむを得ず認定証が必要となる場合は、申請書の理由欄に理由をご記入ください。
 記入がない場合は発行いたしません。

・マイナ保険証の利用登録をされていない方・・・今まで通り限度額適用・標準負担額減額認定証が必要となります。

※マイナ保険証とは・・・保険証として利用登録が済んでいるマイナンバーカードのことで、
 マイナ保険証の登録状況はマイナポータル等でご確認ください。

【注意②】 被保険者本人の住民税が課税されている場合は、申請書が異なります。

* 課税者の場合は、別紙「健康保険限度額適用認定申請書」の申請、またはマイナ保険証をご利用ください。

【注意③】 添付書類として非課税証明書(※)又は申請書最下部の欄に非課税証明が必要です。

※4月～7月診療分については前年度の課税(前々年の収入に対する課税)に関する証明書、
 8月～翌年3月診療分については当年度の課税(前年の収入に対する課税)に関する証明書を添付。

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

H.U.グループ健康保険組合 理事長 殿

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(太枠内すべてご記入ください)

(R6.12)

| | | | | | |
|--|---|---|--|-------|--|
| 被保険者等記号・番号 | | 標準報酬: 千円 | | 適用区分: | |
| 被保険者 | 氏名 | 勤務先 | 会社名 | | |
| | 生年月日 | | 所属部署名 | | |
| 適用対象者 | 氏名 | 被保険者との続柄 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 使用(予定)期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 必ずご記入ください | | * 使用開始日は原則として健保に申請書が届いた日の属する月の初日になります。月を遡っての発効はできません。 * 期間が未定の場合には右記にチェックを入れてください → <input type="checkbox"/> 長期予定のため期間未定 | | | |
| マイナ保険証の登録状況 | | <input type="checkbox"/> 1. 利用登録済み <input type="checkbox"/> 2. 利用登録していない * 登録状況が不明な場合、マイナポータルや医療機関等でご確認ください | | | |
| 上記が1の方はご記入ください | | * マイナ保険証を利用したくない等の個人の意向による理由は認められません。記入がない場合は交付いたしません。 | | | |
| マイナ保険証ではなく 限度額認定証が必要となる理由 | | | | | |
| 認定証送付先 いずれかに☑ | <input type="checkbox"/> 自宅 | 〒 _____ | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 受取人の承諾を得ること | 宛名: _____ TEL (_____) 被保険者以外の宛名の場合: 被保険者からみた続柄をご記入ください → (_____) | | | |
| 使用すること なった原因に ついてご記入 ください いずれかに☑ | <input type="checkbox"/> ケガが原因(傷病名: _____) | <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因 | | | |
| | いつ _____ 年 月 日 | 病名、または症状(帝王切開、盲腸等) | | | |
| | どこで <input type="checkbox"/> 通勤途中・業務中 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |
| | 何をしています | | | | |
| ※ 業務・通勤災害・交通事故・他人によるケガ等の場合には、別途必ず健保組合までご連絡ください | | | | | |
| 長期入院 | <input type="checkbox"/> 該当 (該当の方は下欄も記入) | | ※市区町村住民税が課されていない期間の入院期間において、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方 | | |
| | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | |
| 申請開始月 以前1年間の 入院日数 | 年 月 日 ~ 年 月 日まで (_____ 日間) | | 医療機関名: _____ 所在地: _____ | | |
| 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。 | | | | | |
| 必ずご記入ください⇒ _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | | |
| 市区町村長 証明欄 | 当該被保険者(氏名: _____)は、(_____)年度の市区町村住民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 _____ 年 _____ 月 _____ 日 印 | | | | |