

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

平成 年 月 日提出

申請者記入欄	被保険者証	記号	番号	番号	所属
	被保険者氏名				メール No. () TELNET 又は外線 ()
	被保険者住所				
	送付先	上記住所と異なる場所へ送付希望の場合はご記入下さい。			
	入院日	平成 年 月 日	医療機関名		
	退院予定日	平成 年 月 日	傷病名		
	減額対象者名				長期入院（過去1年の入院日数が90日を超えるもの）
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	該当	・	非該当
	ここから下は長期該当の申請者のみ記入して下さい。				
	①	申請日前1年間の入院日数（日数）	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日前1年間の入院日数（日数）	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日前1年間の入院日数（日数）	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には平成 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。
	平成 年 月 日 (市区町村長) (印)

健康保険組合記入欄		
送付年月日	発行年月日	受付年月日
	有効期限	
マネージャー	主任	担当

**減額対象者の保険証の
コピーを貼り付けて下さい。**

「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書」 の手続きについて

<申請対象>

- 被保険者が住民税非課税の場合。

<申請の手順>

- ① 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書」の申請者記入欄を記入する。
- ② 市区町村発行の住民税非課税証明書の原本を添付又は、申請書の「市区町村長が証明する欄」に証明を受ける。
例) 対象診療期間が平成 27 年 8 月～平成 28 年 7 月診療分の場合は、証明年度は平成 27 年度（平成 26 年度分の所得）となります。
- ③ 入院する方の保険証のコピーを申請書右下に貼り付ける。
- ④ 長期入院（申請日前 1 年間の入院日数が 90 日を越える場合）に該当する方は領収書のコピー等入院期間がわかる書類を添付。（長期入院に該当する場合は標準負担額が変わります。）
- ⑤ 下記送付先に書類を送付する。

<健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を病院の窓口で提示すると>

- 保険診療の自己負担額 一人 1 ヶ月 1 診療機関（診療科別）毎で上限が 35,400 円
同一の病院で直近 1 年の支払いが 35,400 円となる月が 3 回あった場合、4 回目から 24,600 円となります。（但し、転院した場合など医療機関で把握出来ないものは病院で 35,400 円までを支払い、約 3 ヶ月後に健康保険組合から差額が給付されます。）
付加給付制度（日本電気健康保険組合独自の制度）に該当する場合には、診療月の 3～4 ヶ月後に給与（任意継続者は銀行振込み）への給付となります。
- 入院時食事代の標準負担額（1 食）

一般		3 6 0 円
低所得者 (市区町村民税非課税世帯)	90 日目までの入院	2 1 0 円
	90 日目からの入院	1 6 0 円

<送付先・お問合せ先>

郵送 : 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町 2 9 - 1 1
日本電気健康保険組合 現物給付（認定証）

社内メール : 〒185-250 現物給付（認定証）

電話番号 : 外線 03-3461-9370 / TELNET 8-185-240

以上