

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

年 月 日提出

申請者記入欄	被保険者証	記号	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	年 月 日	医療機関名	
	退院予定日	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日を越えるもの）		
	生年月日	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）	年 月 日 ~ 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）	年 月 日 ~ 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）	年 月 日 ~ 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 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 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) 対象診療期間が令和3年8月～令和4年7月診療分の場合は、証明年度は令和3年度(令和2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		460円
低所得者 (市区町村民税非課税世帯)	90日目までの入院	210円
	90日目からの入院	160円

<送付先・お問合せ先>

郵送 : 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11
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