

常務理事	参事	担当者

健康保険(限度額適用)・標準負担額減額 認定申請書

被保険者記入欄							
被保険者	被保険者証 記号	123	被保険者証 番号	456789	氏名 及び印	健保 太郎	健印
	生年月日	昭和 平成	45 年 4 月 1 日	性別	男・女	電話番号	0123-456-7890
	住所	〒 123-4567 〇〇市〇〇町〇〇-▲▲▲-■					
対象者欄	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	50 年 12 月 31 日	性別	男・女
	続柄	妻	申請日	平成	25 年 4 月 1 日	認定希望月	平成 25 年 4 月
	送付先	※認定証は事業所宛に送付しますが、緊急を要する場合のみ健保判断で依頼先に送付します。 (任意継続者はご自宅宛送付。緊急の場合は依頼先に送付します。)					

代理申請	事業所名称		事業主氏名		印
	事業所所在地	〒	担当者名		連絡先電話番号

被保険者記入欄 ※「被保険者が非課税」の場合のみ適応されます。						
非課税世帯等 自己負担限度額変更 食事療養費減免認定証 交付対象者欄	入院予定期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月 の予定	被保険者の非課税証明書添付	あり・なし		
	被保険者が市町村民税が課されていない期間の入院期間は、90日を超えて入院していますか？			はい・いいえ	90日以上入院期間がわかる領収証の添付	あり・なし
	対象期間①	平成 年 月 ~ 平成 年 月	非課税証明①	平成 年度 (平成 年分)		
	対象期間②	平成 年 月 ~ 平成 年 月	非課税証明②	平成 年度 (平成 年分)		
	対象期間③	平成 年 月 ~ 平成 年 月	非課税証明③	平成 年度 (平成 年分)		
添付書類	4月~7月診療分については、被保険者の前年度の非課税に関する証明書を、 8月~翌年3月診療分については、被保険者の当年度の非課税に関する証明書を、 添付して下さい。					

上記の通り健康保険限度額適用認定証・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
(被保険者が非課税の場合は、必ず証明書を添付して下さい。)

住金関係会社健康保険組合

《参考》 H27.1.1 以降の 自己負担 限度額	年齢区分	所得区分	高額療養費該当 1~3ヶ月	4ヶ月目以降		
	70歳未満	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%以上	140,100円以上		
		標準報酬月額 53万~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%以上	93,000円以上		
		標準報酬月額 28万~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%以上★	44,400円以上		
		標準報酬月額 26万円以下	57,600円以上	44,400円以上		
	低所得者(住民税非課税世帯)	35,400円以上	24,600円以上			
高額療養費 算定基準	年齢区分	所得区分	高額療養費該当 1~3ヶ月	4ヶ月目以降		
	70歳以上	現役並み(標準報酬月額28万円以上)	外来	44,400円	★と同じ	44,400円以上
		一般(標準報酬月額26万円以下)		12,000円	44,400円	93,005円以上
	75歳未満	低所得者II(住民税非課税世帯、年金収入80~160万円)	入院	8,000円	24,600円	- - - - -
		低所得者I(住民税非課税世帯、年金収入80万円以下)		8,000円	15,000円	- - - - -

※但し、昭和14年4月2日生まれ~昭和19年4月1日生まれ(軽減特別措置)の方は外来12000円、入院44400円