限度額適用

第　　種　　食事療養・生活療養標準負担額減額　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ 適用区分 | 70歳  未満 | ア イ ウ エ オ | | | 70歳  以上 | | | 現役並みⅡ　現役並みⅠ　低所得Ⅱ　低所得Ⅰ | | | | | | | | | | | | | | （　　　　年　　　 月末まで） | | | | | | |
| 被保険者証  記号・番号 |  | |  | 組合員 | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | 事業所名 | | |  | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 限度額適用  減額対象者  氏　　　名 |  | | | | | | ※ | | 昭 ・ 平 ・ 令 | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 療養予定期間  （「至」欄が不明の場合、記入は不要です。） | | | | | | | | | 自 | | | | | | | | | | | | 至 | | | | | | | |
| 令和　　　　　年　　　　　月 | | | | | | | | | | | | 令和　　　　　年　　　　　月 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 長期入院 | | | 該当・非該当 |  | |  | |
| ① | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | | | | 令和　　年　　月　　日から令和　　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 | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | | | | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで | | 日間 |
| 入院をした保険医療機関等 | | | | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 市町村長が  証明する欄 | | 1　下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員及びその世帯に属する  　 被保険者に　　　　年度の市町村民税が課されないことを証明する。  　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　　　・  　　　　　　　　　　　　　・　　　　　　　　　　　　　・  　2　当該減額対象者の属する世帯の減額区分は、（　非課税・基準額以下　）であることを証明する。  　令和　　　年　　　月　　　日　　　市町村長名 | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　令和 　 年 　 月 　 日  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　郵便番号  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 組合員  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　氏　　名    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電　　話　　（　　　）　　　－  　　　　全国土木建築国民健康保険組合理事長 様 | | | | | | | |

（注）1　組合員及び対象者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、組合員の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写しを添付してください。

　　　2　組合員が対象者である場合は、対象者にかかる個人番号の記入は必要ありません。

　　　3　食事療養・生活療養標準負担額減額の認定申請書を提出する月以前12か月間の入院日数（減額認定者としての入院日数に限る。）が90日を超えている場合は、領収証など入院期間を確認できる書類を添付してください。なお、既に減額認定を受けているときは「食事療養・生活療養標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」も添付してください。

　　　4　※欄は記入しないでください。

　　　5　けがによる療養のため申請される場合は、けがの原因、状況等を確認させていただく必要がありますので、「組合員負傷届」を添付してください。（「組合員負傷届」は組合ホームページから印刷できます。印刷環境がない場合は組合までご連絡ください。）

**6　認定証は、対面での受け取りが必要な方法で送付しますので、日中不在等の理由により受け取りが難しい場合は、下表に希望送付先を記入してください。**

**認定証の希望送付先（受け取り希望先が上記住所以外の場合）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **住　　所** | **〒　　　　－** | | |
| **電話番号** | **（　　　　　）**  **※日中連絡が取れる番号を**  **記入してください。** | **宛　　名** | **組合員との関係（　　　　　　）**  **※宛名が組合員本人である場合、記入は不要です。** |

**マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証等を提示することなく、高額療養費制度における限度額を超える支払い**

**が免除されます。限度額適用認定証等の申請手続きは不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。**

【限度額適用認定証等の申請についてのお問い合わせ先】

　　審査第一課・審査第二課

　 TEL 03-5210-4384 FAX 03-5210-4459

　 お手元に被保険者証を準備のうえ、お問い合わせください。

【申請書の送付先】

　　　✂

〒102-0093

東京都千代田区平河町１－５－９　厚生会館

全国土木建築国民健康保険組合

審査第一課・審査第二課　　　　行

【ご申請の前に…】

**マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証等の提示が不要です。**

医療機関等でマイナ保険証を提示のうえ、限度額適用認定証等の情報提供に同意し、適用区分がシステムで確認できれば、窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。（組合への申請手続きも不要です。）

　ただし、マイナ保険証を利用できない医療機関等にかかるとき、住民税非課税世帯の方で「長期入院」（12月以内の入院日数が90日超）に該当し、食事療養費の減額をさらに受けるときは申請手続きが必要です。

・医療機関等でのシステムによる確認においては、同一世帯に所得が確認できない方がいる世帯、組合への加入直後である世帯など、適用区分の判定ができていない場合に、国からの指示に基づき一番高い所得区分を仮登録しているため、本来の所得区分と比べて高額な窓口負担を要する可能性があります。この場合、後日正しい適用区分を確認のうえ、差額が発生したときは、概ね３か月後の末日に高額療養費として支給することとなりますので、あらかじめご了承ください。（この支給に係る手続きは不要です。）

※下記内容について詳しく知りたい方は厚生労働省ホームページでご確認ください。

[マイナンバーカードの健康保険証利用](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html)（リンク）

[オンライン資格確認に対応が可能な医療機関等](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21669.html)（リンク）