# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書（70歳以上の高額療養費の現物と、食事療養費の減額認定【長期】）の記入例

**70歳以上の方（市町村民税非課税世帯の方）が、非課税世帯（低所得者）として支給される療養に係る高額療養費の現物給付と、食事療養等に係る標準負担額の減額認定（長期）を受けるとき**

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 | 91−1505 | 3131 | 組合員 | 氏名 | 沢登　博人 |
| | | | | 個人番号 | △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ |
| 限度額適用減額対象者氏名 | 沢登　英子 | | ※ | 性別 | 男　女 |
| | | | | 生年月日 | 昭・平　19 年　3 月　14 日生 |
| | | | | 個人番号 | △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ |

| 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） | 平成 30 年 8 月 2 日から<br>平成 30 年 10 月 31 日まで | 91 日間 |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | 五日市中央総合病院 |
| | | 所在地 | 東京都あきる野市秋留5丁目1の3 |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 平成　年　月　日から<br>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 | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 平成　年　月　日から<br>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 30 年度の市町村民税が課されないことを証明する。

沢登　博人 ・ 沢登　英子 ・ ＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿ ・ ＿＿＿＿＿＿

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。

平成△△年△△月△△日

市町村長名　昭島市長　○○　○○　㊞

上記のとおり申請します。

平成△△年△△月△△日

郵便番号　196−0001

住所　東京都昭島市美堀町5丁目23の18

組合員

氏名　沢登　博人

電話　（03）3264 − 4372

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

◎「限度額適用・標準負担額減額」を○で囲んでください。

※印欄は記入不要です。

◎被保険者証及び個人番号（マイナンバー）カード等をご確認のうえ記入してください。

◎「該当」を○で囲んでください。

◎過去1年の入院期間等を記入してください。

また、入院期間が確認できる領収書等を添付してください。

◎市町村役所（場）に記入を依頼するか、又は世帯全員の住民税非課税証明書等を添付してください。（下の「◎添付書類等について」のとおり。）

◎申請年月日、住所等を記入し、署名又は記名、捺印してください。ただし、組合員本人が署名した場合には、捺印を省略することができます。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

◎　添付書類等について

1　市町村民税非課税証明書を提出してください。「市町村長が証明する欄」に証明を受けた場合は不要です。また、証明書の提出（証明欄の記入）にあたっては次の諸点にご留意ください。

・いずれも組合員と、組合員と同一世帯に属する家族全員が市町村民税非課税であることを証明する書類が必要となります。

・証明書の名称は市町村によって異なります。

・療養のあった月の属する年の前年（その月が1月から7月までの間の場合は、前々年）分の証明書が必要となります。

（例A）平成29年8月から平成30年7月までの期間中の限度額適用・標準負担額減額認定の申請を行う場合

平成29年度非課税証明書（平成28年所得分）　⇐　平成29年1月1日現在において住民登録されていた市町村役所（場）へ申請してください。

（例B）平成30年8月から平成31年7月までの期間中の限度額適用・標準負担額減額認定の申請を行う場合

平成30年度非課税証明書（平成29年所得分）　⇐　平成30年1月1日現在において住民登録されていた市町村役所（場）へ申請してください。

※ なお、例Aから例Bに亘る期間分の申請を行う場合は、そのいずれもの証明書（平成28年所得分・平成29年所得分）が必要となります。

2　入院期間が確認できる領収書等を添付してください。

3　事業主は、組合員から限度額適用・標準負担額減額認定申請の委託を受けたときは、申請書の記載漏れ及び市町村民税非課税証明書等の添付の有無を確認のうえ、給付事務センターに提出してください。

4　限度額適用・標準負担額減額認定証の適用開始日（発効期日）は、申請をいただいた月の初日となります。