

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

組合員が記入する欄	被保険者証記番号											
	対象者氏名		生年月日	昭・平・令		年	月	日				
			対象者の 個人番号									
	申請区分	該当区分に○を付けてください。再交付の場合は理由を記入してください。 新規・更新・再交付（再交付理由：）										
長期入院	該当・非該当											

※非課税世帯(所得区分才又は低所得Ⅱ)の方で、長期入院に該当する方は下の欄も記入してください。
なお、この場合は入院期間を証明する書類(領収書のコピー等)が必要です。

組合員記入欄 (長期入院該当の場合)	申請日の前1年間の入院期間				入院をした保険医療機関等				
	①	年	月	日から	(日間)	名 称			
		年	月	日まで		所在地			
	②	年	月	日から	(日間)	名 称			
		年	月	日まで		所在地			
	③	年	月	日から	(日間)	名 称			
年		月	日まで	所在地					

市区町村長記入欄	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世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 _____ 市区町村長名 _____ 印										
----------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組合員が記入する欄	上記のとおり申請します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (〒 ____ - ____) 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印省略可 建設連合国民健康保険組合殿											支部確認欄
	個人番号(組合員) 電話(日中連絡先) _____											

本部決裁欄	区分	[ア]	[イ]	[ウ]	[エ]	[オ]	[現並Ⅱ]	[現並Ⅰ]	[低Ⅱ]	[低Ⅰ]	長期	該当	非該当
	※右のとおり認定してよろしいか					認定	却下	認定年月日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日				



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長



【連絡事項】申込用紙と一緒に書類を提出してください

■限度額適用認定申請書(これから精算する金額が高額になる場合の事前申請用です)

別紙「医療費が高額になる方へ」をよくお読みください。

■添付書類

- ① 記入した個人番号の確認書類 ※窓口の場合は提示、郵送の場合はコピーを入れてください
- ② 組合員の身分証明書 ※窓口の場合は提示、郵送の場合は写真付きのコピーを入れてください
- ③ 所得が分かる書類(市町村が発行する課税(非)課税証明書等)の原本
→必要有無は支部にお問い合わせください。

対象の診察月	準備する証明書
令和4年8月～令和5年7月	令和4年度の課税(非)証明書 ※コピー不可
令和5年8月～令和6年7月	令和5年度の課税(非)証明書 ※コピー不可

16歳未満のご家族分は、同封の「所得に関する申請書」を保護者様にてご記入ください。
最終的に確認ができない場合は、所得が一番高い区分として判定されます

※<所得が分かる書類の添付が必要な方>について

申請には本来「加入している方全員の所得の確認」が必要です。
現在は国保組合(本部)でマイナンバーを用いて市区町村から所得情報を取得するため、
「所得が分かる書類」の添付を省略することができます。ただし、情報未取得の被保険者は役所で
課税証明書等の取得または所得に関する申請書を添付する必要があります。

※限度額適用認定証は1年間(8月～翌年7月)の有効期限があります。期間毎の申請をお願いいたします。
※限度額適用認定証は4回目以降の使用については自己負担額が引き下がります。

■下記の方は申請が不要です

- ◎ 70歳以上で課税所得が690万円以上の方が一人でもいる場合
- ◎ 70歳以上で課税所得145万円未満の場合、もしくは旧ただし書き所得の合計が210万円以下の場合

■お急ぎの方は電話連絡の上、先に東京都支部へFAXを送ってください!

FAXする書類…*限度額適用認定申請書(個人番号を書かないでください) + *所得が分かる書類
→FAX後に個人番号を記入し、添付書類①～③を郵送で東京都支部に郵送してください。

【注意事項】

マイナンバーが必要な申請書類は、書留等記録が残る郵送方法で送付をお願い致します。
同封の返信用封筒は普通郵便扱いとなりますので、マイナンバーが必要な申請書類を送付する場合は書留等の追加料金分を加算の上ご郵送下さい。万が一、普通郵便にて送付され、到着までに紛失・盗難等発生した場合は責任を負いかねますので予めご承知おき下さい。

建設連合国民健康保険組合 東京都支部

〒140-0013

東京都品川区南大井6-13-5 新開発ビル202

TEL03-6271-6055/FAX03-6271-6076