

日本ペイント健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、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。限度額適用認定証の事前申請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。

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書(オ・II・I)

(市町村民税非課税などの低所得者用)

被 保 険 者	記号一番号	—	所属事業所	
	氏名		生年月日	年 月 日
認 定 交 付 対 象 者	氏名		生年月日	年 月 日
	被保険者との続柄		性別	男・女
交付必要期間 (入院予定期間など)		年 月 日 ~ 年 月 日		
医療費が高額となる理由及び病名				

**注意事項**

- 認定書の発効年月日については、健保組合に受付された日の属する月の初日となります。(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)
- 有効期限は原則として翌月末とし、7月31日をまたがないものとします。長期入院や、継続して高額な医療を受ける予定のある方は、健康保険組合へご相談下さい。
- 住民税が非課税の方は、被保険者の非課税証明書を添付下さい。  
前年8月診療分～当年7月診療分→前年度の証明書  
当年8月診療分～翌年7月診療分→当年度の証明書
- 被保険者が70歳以上の場合は、健康保険組合まで連絡願います。
- 適用区分は個人情報となります。本申請の提出をもって、認定証による適用区分情報の開示を、申請者が了承したものとさせていただきますので、ご了承願います。
- 限度額適用認定証は使用後に**必ずご返却下さい**。紛失をされた場合は速やかに健康保険組合までご連絡下さい。
- 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証(裏面)の注意事項を必ずお読み下さい。

注意事項の内容を了承し、上記の通り、限度額適用・標準負担額減額認定書の発行を申請します。  
(被保険者)

申請日 年 月 日

住所 〒 -

連絡先 TEL

氏名 \_\_\_\_\_

**送付希望先**

被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望される場合下記に記入ください。

〒 -

連絡先 TEL

氏名 \_\_\_\_\_

健康受付日付印

健 保 使 用 欄	適用区分			
	70歳未満	<input type="checkbox"/>	オ	住民税非課税世帯
	70歳以上	<input type="checkbox"/>	II	住民税非課税世帯
		<input type="checkbox"/>	I	住民税非課税世帯で、世帯員の各所得が判定基準以下
交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	回収年月日	年 月 日	