被保険者が住民税非課税の場合専用

申請書を事業主経由で提出する場合は、申請書の提出から証受取までに１週間以上かかる場合がありますので、証の発行をお急ぎの場合には、申請書を健保組合へ直接郵送してください。

健康保険 限度額適用 ・ 標準負担額減額認定申請書

医療費自己負担限度額および食事費用の減額申請です。低所得（住民税非課税）に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超える見込みがある場合に申請してください。

1.被保険者は住民税非課税に該当しますか？ 住民税非課税に該当しない方は、当用紙での認定申請はできません。マイナ保険証を利用されるか、「MY HEALTH WEB」サイト内の「WEB 申請」から「健康保険限度額適用認定申請」を行ってください。WEB でのお手続きができない場合は、ジブラルタ健康保険組合までご連絡ください。		☐住民税非課税に該当する
申請対象者のマイナンバーを当健保組合に提出していて、かつ、オンライン資格確認を導入している医療機関を受診する場合は、当健保組合での事務処理完了次第オンライン資格確認システムに適用区分が反映されるため、紙の「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」は原則交付していません。 **2.「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」の紙での交付が必要ですか？** 当健保組合から「資格確認書」が交付されている方は「はい」にチェックをしてください。 なお、紙交付不要な方は、チェックは不要です		☐紙交付が必要
3.被保険者の非課税情報の確認のため、当健保組合がマイナンバーを利用した情報照会を行うことを希望しますか？ 当健保組合にマイナンバーを届出している場合は「はい」を選択することができますが、「はい」を選択した場合でも、マイナンバーを利用した情報連携で当健保組合が非課税情報を取得できなかった場合は、非課税証明書を追って提出していただく必要がありますのでご了承ください。	☐はい 添付書類は原則不要	☐いいえ 添付書類が必要
申請時期が 1 月～7 月の場合 ：前年 1 月 1 日時点の住民票住所 申請時期が 8 月～12 月の場合：当年 1 月 1 日時点の住民票住所	〒（　　－　　） 都道府県・市区町村名：	

健康保険 記号 - 番号	記号	番号	申請日　年　月　日
被保険者氏名 （自署） 生年月日	☐S・☐H：　年　月　日 生	申請対象者 【該当する☐に☑し、被扶養者の場合は氏名等を記入】	☐被保険者本人 ☐被扶養者(対象の被扶養者の氏名等をご記入ください) 氏　名 続　柄（　　） 生年月日：☐S・☐H・☐R　年　月　日生
被保険者連絡先	※日中連絡可能な電話番号 （　　）		
入院 or 治療予定日	（　年　月　日～　年　月　日）　※お分かりになる範囲でご記入ください		
送付先 ※社内便 or 特定記録で送付します 【希望する送付先に☑し、会社以外で受け取り希望の場合は住所等を記入】	☐会社 ☐自宅　〒（　－　） ☐入院先医療機関　〒（　－　） 医療機関名称：＿＿＿＿＿＿　電話番号：　－　－ 担当者名：＿＿＿＿様　※医療機関受取希望の際は入院期間中に特定記録の受取可能であることを確認していることが条件です 医療機関担当者欄は、事前に担当者へ当健保組合に連絡することの了承を得た上でご記入ください ※被扶養者の場合には、原則入院先医療機関へは送付いたしません。被保険者の所属先または自宅へ被保険者宛に送付となります		

直近 1 年間の入院数が 90 日を超えていますか？（いずれかに☑） ※入院時の食事にかかる費用がさらに減額される場合があります	☐　超えていない	
	☐　超えている　（超えている場合のみ下欄もご記入ください）	
	申請日の前 1 年間の入院期間（日数） 年　月　日から　年　月　日まで（　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

◎必要書類（マイナンバーを利用した情報照会を希望されない方は添付してください）

市区町村発行の被保険者の「非課税証明書」

申請時期	必要な非課税証明書
1～7 月	前々年の所得が証明されている非課税証明書　（前年度標記、前々年所得の証明）
	【例】2026 年 1 月～7 月に申請をする場合は　「2025 年度（2024 年中の所得）」の内容が証明されている非課税証明書が必要
8～12 月	前年の所得が証明されている非課税証明書　（当年度標記、前年所得の証明）
	【例】2026 年 8 月～12 月に申請をする場合は　「2026 年度（2025 年中の所得）」の内容が証明されている非課税証明書が必要

※付加給付は、診療月から最短で 3 ヶ月後に、当健保組合から該当被保険者へ通知の上支給します。

※「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」の認定は、原則として申請した（又は受理した）日の属する当月 1 日からとなります。ただし、月の途中で資格取得した場合等にはその日となります。「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」の有効期限が経過した場合には、速やかに**「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」は返還**していただき、必要に応じて再度申請してください。

※健康保険の記号-番号に代えて、マイナンバーで申請される場合には、番号欄へ記載してください。

健保組合記入欄								
伺年月日	年　月　日	発効日	年　月　日	理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者
資格取得日	年　月　日	有効期限	年　月　日					
月額（区分）	千円　（　）							

受付日付印

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合
GIB・PGF：大槻事務所
CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納ｻｰﾋﾞｽ・PG ﾋﾞｼﾞﾈｽｻｰﾋﾞｽ・GIB 労働組合：各事業主の健康保険担当
※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。