

「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ご使用ください。

被保険者は住民税非課税に該当しますか？ (☑をしてください)		① <input checked="" type="checkbox"/> 住民税非課税に該当する (住民税非課税に該当しない方は、マイナ保険証のご利用または「MY HEALTH WEB」サイト内の「WEB 申請」から「健康保険限度額認定申請」をしてください。 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。)	
健康保険 記号-番号 ②	記号 1	番号 000000	申請 年月日 ③ XXXX 年 1 月 6 日
被保険者氏名 (自署) 生年月日 ④	健保 太郎		「認定証」 を必要とする 人 ⑦ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象の被扶養者の氏名等をご記入ください)
被保険者連絡先 ⑥ (日中連絡可能な電話番号) 080 (XXXX) XXXX	⑤ ☑S・□H: 50 年 1 月 23 日生		氏名 続柄 () 生年月日 □S・□H・□R 年 月 日生
入院 or 治療予定日 ⑧ (XXXX 年 1 月 15 日 ~ XXXX 年 1 月 20 日) ※お分かりになる範囲でご記入ください	⑨ 直近1年間の入院数が90日を超えていますか？(どちらかに☑) ※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		
送付先 ※社内便 or 特定記録 で送付します 【該当に☑し、会社 以外で受け取り希望 の場合は住所等を 記入】	☑ 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 名称 保険医療機関等 所在地		
入院先 □会社 ☑自宅 〒(XXX - XXXX) 東京都豊島区東池袋 ○-○-○ □入院先医療機関〒(-) 医療機関名称: 電話番号: (病棟 号室) (担当者: 様) ※医療機関受取希望の際は入院期間中に特定記録郵便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へ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。			

◎必要書類：市区町村発行の被保険者の「非課税証明書」(次のとおり年度に注意してご用意ください)

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】2025年1月~7月に申請をする場合は「2024年度(2023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】2025年8月~12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

※被保険者が、当申請書を当健保組合へ提出し、交付を受けた「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」を医療機関へ提示することで、窓口での支払いが高額療養費(法定給付)の自己負担限度額まで済むようになります。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が必要です。

※保険証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。

健康 保険 欄	同年月日	年 月 日	発効日	年 月 日	理事長	常務理事	事務(局) 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 ()							

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB：大槻事務所
PGF・GLIS：協栄年金ホーム・PGI・三栄収納サービス・PGビジネス
・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QR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。

受付日付印

次のような場合に、この申請をご使用ください

- (a) 低所得(住民税非課税)に該当される方が、医療費が高額療養費に該当した場合、医療機関の窓口に保険証とともに「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提出することにより、医療機関ごとの支払いが自己負担限度額までで済むようになるしくみがあり、事前に当健保組合に申請します
- (b) 被保険者が低所得(住民税非課税)に該当し、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を申請される方は、入院時の食事負担の軽減を受けることができます
- (c) 被保険者は、「非課税証明書」(市区町村発行)を取得し、ご記入の上、当申請書に添付して提出してください

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①被保険者は住民税非課税に該当しますか？

「非課税」の該当に相違ないことをご確認いただいたうえで、「非課税に該当する」に☑をしてください。

②健康保険記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

③申請年月日

申請年月日をご記入ください

④被保険者氏名

被保険者の氏名を自署でご記入ください

⑤被保険者生年月日

被保険者の生年月日をご記入ください

⑥被保険者連絡先

日中連絡可能な電話番号をご記入ください

⑦「認定証」を必要とする人

認定証を必要とする人をご記入ください

⑧送付先

基本的には事業所宛に送付しますが、個別理由により、自宅や医療機関等に特定記録で送付することも可能です

⑨直近1年間の入院数が90日を超えていますか？

「超えていない」「超えている」どちらかに☑をしてください

「超えている」に☑をした場合は、下欄の「申請日の前1年間の入院期間(日数)」と、「入院をした保険医療機関等」もご記入ください

【留意事項】

※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方は、申請書を健保組合へ直接郵送してください。

※「限度額適用・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・標準負担額減額認定証」の有効期限は原則7月31日です。有効期限が経過した場合には、速やかに「限度額適用・標準負担額減額認定証」は当健保組合に返還していただき、必要に応じて再度申請が必要です。

※【70歳以上の方のみ】70歳以上の方は、「高齢受給者証」に記載の「一部負担金の割合」および「住民税の課税有無」によって申請が必要な場合と申請不要な場合(マイナ保険証が利用できる場合)があります。以下の表でご確認ください。

■70歳以上の方の「限度額適用・標準負担額減額認定申請」必要有無

「高齢受給者証」に記載の「一部負担金の割合」	3割	標準報酬月額が83万円以上	申請不要* 「マイナ保険証」の利用、または「高齢受給者証」の提示	
		標準報酬月額が83万円未満	「マイナ保険証」の利用、または限度額認定申請が必要 マイナ保険証が利用できない方は申請が必要です。当申請書ではなく、原則「MY HEALTH WEB」>「WEB申請」>「健康保険限度額認定申請」から申請してください。	
	2割	住民税課税の場合		住民税非課税の場合
		申請不要* 「マイナ保険証」の利用、または「高齢受給者証」の提示		申請が必要 当申請書と「非課税証明書」の提出が必要です

上表で「申請不要*」の区分に該当する方は、マイナ保険証のご利用または「高齢受給者証」の提示により、支払額は自己負担限度額までとなる為、申請は不要です。ぜひマイナ保険証をご利用ください。

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※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。

*各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当