＜注意＞
この申請は、被保険者の市区町村税が非課税世帯の場合と、福祉事務所長発行の「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」を受け取った方のいずれかで、高額医療費の限度額適用認定を受ける場合の申請書です。

年　月　日

ルネサス健康保険組合　御

健保使用欄です。記入しないでください。

健康保険　被保険者 / 被扶養者　限度額適用・標準負担額減額申請書

記入例

提出日	令和　○ 年　△ 月　□ 日

基 本 情 報

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。

被保険者の記号・番号（右詰め）														
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	令和　太郎	生年月日	4 年　1 月　1 日

事業所名（任継・特退の場合は記入不要）		
社　名	従業員番号	日中の連絡先電話番号

被保険者本人が入院又は通院の場合は、氏名欄は被保険者名、続柄欄に本人とご記入ください。

申 請 内 容

入院又は通院する方の氏名	フリガナ　レイワ　ハナコ 令和　花子	続柄	妻	生年月日	昭和 / 平成 / 令和　5 年　5 月　1 日
対象者の住所	〒100-0000 ○ 県 ○ 市 ○ 町1-1-1　TEL：00-111-2222				
入（通）院期間	令和 2 年 1 月 1 日 ～ 2 年 1 月 22 日まで 22 日間				
減額申請の理由（右記理由以外は申請できません）	1.市区町村非課税世帯 2.標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方				
長期入院（減額対象者で直近1年間の入院日数が90日を越えた場合）	1.該当　2.非該当				

以下の欄は長期入院の場合のみ記入

申請日1年間の入院期間（日数）	平成 令和　年　月　日 ～　年　月　日まで　日間	
入院した医療機関	名称	
	所在地	〒
	TEL	
申請日1年間の入院期間（日数）	平成 令和　年　月　日 ～　年　月　日まで　日間	
入院した医療機関	名称	
	所在地	〒
	TEL	
申請日1年間の入院期間（日数）	平成 令和　年　月　日 ～　年　月　日まで　日間	
入院した医療機関	名称	
	所在地	〒
	TEL	

＜添付書類＞

1.市区町村世帯：被保険者の非課税証明書
　但し、対象者が70歳以上で世帯全員が非課税の場合は世帯全員分の非課税証明書
2.標準負担額の減額により生活保護法の要保護者とならない方：福祉事務所長発行の
　「健康保険標準負担額減額認定該当」と記載された『保護申請却下通知書』
3.長期入院該当となる場合：標準負担額にかかる領収証原本

＜注意事項＞

1.資格確認書で医療機関を受診する場合に任意で使用するものですが、情報登録のため、
　マイナ保険証で医療機関を受診する場合でも申請が必要です。

＜書類の送付先＞

ルネサス健康保険組合　郵送：[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]
社内便：[(む)ルネサス／＃H1S2／健保]

健保証発行	健保インプット

健保受付日付印