

## 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書（非課税者用）」の手続き

「限度額適用認定証」が必要な方で、被保険者本人が住民税の非課税者である場合は、  
「(様式番号 51-A) 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」によって、申請を行ってください。

### 【添付書類】 被保険者本人「(非) 課税証明書」

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明書を、8月～翌年3月診療分については、  
当年度の課税に関する証明書が必要です。

例) 平成29年4月～7月診療分：平成28年度証明書（平成27年分所得が記載）

例) 平成29年8月～翌3月診療分：平成29年度証明書（平成28年分所得が記載）

なお、以下のア・イの場合は、非課税であっても「標準負担額減額認定証」の交付はできませんので、  
通常の「限度額適用認定証」を交付致します。

ア. 70歳未満で、被保険者の標準報酬月額が530千円以上の場合

イ. 70歳以上で、被保険者の標準報酬月額が280千円以上（特例退職加入で3割負担）の場合

※本申請月前1年間の入院日数が合計90日以上の場合は、入院時の食事代の負担軽減も可能ですので、  
別紙【長期入院用】に記入し、入院期間がわかる書類（領収書など）のコピーと共に提出してください。

### 【ご参考】入院時1食あたりの標準負担額

該当区分	平成28年3月まで	平成28年4月から	平成30年4月から
一般の方の場合	260円	360円	460円
被保険者が住民税非課税である場合	210円	負担額の引き上げはありません	
被保険者が住民税非課税であり、 申請日前1年間の入院日数が90日を超えている場合	160円	負担額の引き上げはありません	

### ■問い合わせ先

シャープ健康保険組合 保険証・給付金担当

内線 TEL：8-570-103749 直通 TEL：050-5530-3927 直通 FAX：06-6791-7309

E-Mail：[kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp](mailto:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp)

シャープ健康保険組合

### 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書（非課税者用）

ご記入は、インクが消えないペン（ボールペン等）をご使用ください。  
 この申請書は、基本的には事業主（総務部）経由でご提出ください。但し、お急ぎの場合は直接健保組合へお申し出頂くことも可能です。退職者（任意継続・特例退職）の方は、直接健保組合へ郵送してください。  
 ※個人情報、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

年 月 日作成

被 保 険 者	健康保険証の記号・番号		被保険者 氏名				勤務地・所属名			
	記号	番号	生年月日[ 昭・平 ] 年 月 日				【勤務地： 〇〇〇〇】			
							所属			
	個人番号						内線 - -			
	上記の記号・番号を記入すれば記入不要									
現住所	〒 -	TEL :								

認 定 対 象 者 欄	本人 または家族氏名		性別	年令	療養の区分	使用開始（予定）日
	<input type="checkbox"/> 本人	[ 〇〇〇〇 ]	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	令和 年 月 日～
	<input type="checkbox"/> 家族				<input type="checkbox"/> 入院及び通院	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 延長
長期入院されましたか？ ※長期入院とは、申請月以前1年間に、すでに90日を超えて入院されていることです。但し、住民税が非課税の期間の入院に限ります。					<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※はいの時は、次ページ「長期入院欄」に記入してください

質 問 欄	・傷病の内容は、どちらですか？ <input type="checkbox"/> 病気 ・ <input type="checkbox"/> ケガ		※ケガの場合は、負傷原因を記入してください			
	・傷病の原因は、第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか？		<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
	・当該傷病は、業務上または通勤途上中によるものですか？		<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			

郵 送 先	*早急に「認定証」が必要な場合は、郵送先の住所・宛名をご記入ください。（退職者の方は自宅郵送となります）						
	住所	<input type="checkbox"/> 上記被保険者の現住所と同じ（下記住所の記入は不要） <input type="checkbox"/> 被保険者以外の住所					
	電話番号	〒 - 日中の連絡先 TEL :					
宛名							

健 保 の 記 入 欄	受付 No.	発効日		適用区分	食事減額	送付先	
		年 月 日		才	無・有	事業所・所属・自宅・病院・その他	
	常務理事	事務長	課長	担当	[備考欄] 新規・継続/長期療養 年 月 日～ 年 月 日		健保受付印 事業主受付印

- 【留意事項】 1. 被保険者本人の「(非)課税証明書」を添付してください。  
 2. 認定証の有効期間は、申請書の到着月から、非課税の適用期間満了日（直近の7月31日）までです。

【提出先・問い合わせ先】 シャープ健康保険組合 保険証・給付金担当（八尾事業所 東ゾーン 福利厚生棟2階）  
 〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3-1-72 TEL：8-570-103749（内線）、050-5530-3927（直通）  
 E-Mail：[kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp](mailto:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp)

長期入院されている方は、以下に入院期間をご記入ください。

提出時は、入院期間が分かる書類（領収書など）を添付してください。

※長期入院とは、「限度額適用認定証」の申請月以前1年間に、すでに90日を超えて入院をしていることです。

但し、住民税が非課税の期間の入院に限ります。

		申請月前1年間の入院日数合計				日間				
長期 入院 欄	①	申請日前1年間の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
		入院した保険医療機関等	名称							
	所在地									
	②	申請日前1年間の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
		入院した保険医療機関等	名称							
	所在地									
	③	申請日前1年間の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
		入院した保険医療機関等	名称							
	所在地									
	④	申請日前1年間の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間
入院した保険医療機関等		名称								
	所在地									
⑤	申請日前1年間の入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日間	
	入院した保険医療機関等	名称								
所在地										