

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者(申請者)記入用

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。

提出日 令和 年 月 日

被保険者情報	記号	被保険者証の (右づめ)	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	生年月日	年 月 日
						<input type="checkbox"/> 昭和	
						<input checked="" type="checkbox"/> 平成	〇〇〇〇〇〇
						<input type="checkbox"/> 令和	
	氏名	四谷 花子					
住所	(〒 ××× - ××××)			東京	都 道 府 県	千代田区〇〇町〇丁目〇号	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	00	(0000)	0000			
事業所名	株式会社〇〇〇〇						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名		生年月日	年 月 日						
	被保険者の場合は記入の必要はありません			<input type="checkbox"/> 昭和							
				<input type="checkbox"/> 平成							
				<input type="checkbox"/> 令和							
療養予定期間	令和	〇	年	〇	月	～	令和	〇	年	〇	月
事業所が現在の標準報酬等級を保証する期間 [事業所のご担当者がご記入ください]	令和	〇	年	〇	月	迄					

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

記載欄 事業主	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
------------	-------------------------------------	---

【70歳未満の自己負担限度額】

区分	1ヶ月自己負担限度額	1ヶ月自己負担限度額	多数回該当	受付日付印
ア	標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円	
イ	標準報酬月額53万円～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円	
ウ	標準報酬月額28万円～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円	
エ	標準報酬月額26万円以下	57,600円	44,400円	
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400円	24,600円	

※健康保険組合使用欄

交付年月日	令和 年 月 日	回収確認印
発効年月日	令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 日	
所得区分	ア・イ・ウ・エ	

常務理事	事務長	主任	担当者