

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	○ ○ ○	番号	○ ○ ○ ○ ○ ○	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	
					<input type="checkbox"/> 平成	○ ○ ○ ○ ○ ○
					<input type="checkbox"/> 令和	
	氏名	四谷 花子				
住所	(〒 × × × - × × × × )		都 道 府 県	千代田区○○町○丁目○号		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 00 ( 0000 ) 0000					
事業所名	株式会社 ○○○					

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

【被保険者が70歳以上 現役並み所得者Ⅰ及びⅡ】

現役並み所得者	区分	自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	入院・世帯単位
Ⅲ	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000)×1% (多数回該当:140,100円)	
Ⅱ	標準報酬月額 53万円~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (多数回該当:93,000円)	
Ⅰ	標準報酬月額 28万円~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (多数回該当:44,400円)	
一般	標準報酬月額 26万円以下	18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円 (多数回該当44,400円)

受付日付印

※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	Ⅰ ・ Ⅱ	

常務理事	事務長	主任	担当者