

健康保険 限度額適用認定申請書

記入例

(上位所得者・一般所得者用)

常務理事	事務長	係	(事業所担当者)

記入方法については、記入例をご確認ください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号	〇〇〇	番号	123456	生年月日	昭和 平成	年	〇	〇	月	1	1	日	0	5	
	氏名・印	ふりがな あじの たろう	味野 太郎 (印)										自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	〒	2	2	0	—	0	0	0	0	神奈川県	横浜市	電話 045 - 0000 - 0000			

被扶養者(家族)が対象
の場合は氏名を記入

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 (被保険者の場合 は記入不要)	氏名											生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	療養予定期間	令和 〇〇 年 8 月 10 日 ~															
	第三者行為による 傷病ですか?	1. はい										2. いいえ		※第三者行為(交通事故等)による傷病の 場合は、事前に健保組合までご連絡ください。			

送 付 希 望 先	ご希望の送付先を選択してください。																		
	1. 上記住所に送付																		
	2. 社内便	(事業所)										(部署名)							
3. その他	〒											都道府県	市区郡						
	(宛名)															電話	-		
申 請 代 行 者 欄	被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。(事業所の職員が代行する等)																		
	氏名・印											(印)	被保険者との関係						
電話番号 (日中の連絡先)	-										申請代行 の理由	1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他()							

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。

令和 年 月 日

【注意事項】

1. 認定証の発効日は、申請書を当健保で受領した日の属する月の1日となります。

申請書受付月以前の認定証は交付できませんので、ご了承ください。

2. 第三者行為による負傷(交通事故等)の場合は、事前に当健保組合までご連絡願います。

受付印

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※社内便又は郵送にて提出してください。

〒104-0031

東京都中央区京橋一丁目19-5

味の素健康保険組合

自己負担限度額

医療機関に限度額適用認定証を提示することで、同一の月において、それぞれ一医療機関ごとの窓口での一部負担還元金の支払額が下記の自己負担限度額までとなります。

区分	標準報酬月額	法定自己負担限度額	多数該当※
ア	83万円以上	252,600円 + (医療費-842,000円)×1%	140,100円
イ	53万円以上～83万円未満	167,400円 + (医療費-558,000円)×1%	93,000円
ウ	28万円以上～53万円未満	80,100円 + (医療費-267,000円)×1%	44,400円
エ	28万円未満	57,600円	44,400円
オ	市区町村民税の非課税者	35,400円	24,600円

※多数該当とは

診療月以前から1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担額が軽減されます。

注意事項

●提出不要な方

70歳以上の一般所得者の方は「**高齢受給者証**」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

●被保険者が非課税の方

「区分ウ」および「区分エ」の方のうち、市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(T-6-2)をご提出ください。

●有効期限

申請時期により異なります。認定証に記載しておりますので、ご確認願います。