

健康 保 険 記 入 欄	交付日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	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 (830以上) (530-790) (280-500) (260以下)			

健康保険

限度額適用認定

申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号(06273718ではありません)	生年月日	
				☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	氏名	(フリガナ)		事業所名	人管CD
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —) TEL ()			

申 請 内 容	＜以下に該当する場合は、健康保険限度額適用認定証は不要＞ ・認定証を必要とされる方が70歳以上で、2割負担の保険証をお持ちの場合、健康保険証(高齢受給者証)の提示のみで認定証を使用した時と同様の取り扱いとなりますので、認定証は必要ありません。				
	申請理由	1.新規 2.期間延長 ＊3.再交付【紛失・破損】 4.適用区分変更			
	認定証が必要な方	☐ 本人(被保険者) ☐ 家族(被扶養者) 被保険者と家族の方が必要な場合は、それぞれ申請用紙が必要です。			
	家族の場合は その方の氏名	生年 月日		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	国や市町村の医療費助成 を受けられていますか	☐ はい ◆はいの場合、助成内容をご記入ください。 助成の種類(乳幼児医療、障害者医療、難病など)・・・() いつから助成を受けていますか 年 月～			☐ いいえ
	今回の申請は工作中、 通勤途中、相手のいる 事故(第三者行為)ですか	☐ はい ◆はいの場合、健保組合への連絡が必要です 1.健保組合又は事業所へ連絡済・・・(連絡日:) ・ 2.未連絡			☐ いいえ
療養予定期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月			記載がない場合、原則受付した月の 1日から1年間(もしくは8月末)有効と なります。	

＊紛失の場合は滅失届も提出してください。

申 請 代 行 者 ・ 希 望 送 付 先 欄	原則、事業所経由での送付(任継者除く)となりますが、緊急等やむを得ない事情がある場合はこちらにご記入下さい。			
	申請代行者氏名	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。	被保険者 との関係	
	受取人名	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	申請代行 の理由	☐ 被保険者本人が入院中で外出できないため ☐ その他 ()
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 —) TEL ()		

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

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 _____

受付印

＊高額療養費が発生しそうなとき（■自己負担限度額を超える場合）に申請してください。

この申請をしなくても、高額療養費・付加給付ともに後日、自動的に支給します。

■自己負担限度額

区 分	月単位の上限額
ア：標準報酬月額 83万円以上	252,600円+（医療費-842,000円）×1% （4月目～：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% （4月目～：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% （4月目～：44,400円）
エ：標準報酬月額 26万円以下	57,600円 （4月目～：44,400円）

＊限度額適用認定証は精算済の医療費に対しては適用出来ません。

＊限度額適用認定証の有効期間は、申請書を受け付けた日の属する月の1日（資格を取得した月の場合は資格取得日）から最長で1年間の範囲となります。

