

常務理事	事務長	担当者	交付日	令和	年	月	日
			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 現Ⅱ ・ 現Ⅰ (830以上) (530～790) (280～500) (260以下)						千円

受付印

健康保険限度額適用認定申請書

申請区分	1.新規		2.期間延長		3.再交付 [紛失・破損]		4.適用区分変更	
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名		所在地		人管 CD	
適用対象者の	氏名				生年 月日	昭和 年 月 日	続柄	
	住所	〒						
入院される方は 入院予定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日							
認定証有効 期間の希望	令和 年 月 ～ 令和 年 月 ____ヶ月間 (最長 12ヶ月です) (開始月によっては有効期限が8月末となる場合がある事をご了承下さい。)							

上記のとおり申請いたします。

- *高額療養費が発生しそうなとき(裏面の■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。
- *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。
- *原則、限度額適用認定証の有効期間は、この申請書を当組合で受付けた日の属する月の1日からとなります。(資格を取得した月の場合は資格取得日)
- *この申請書は、70歳未満の方及び70歳以上で自己負担割合が3割負担の方(2割または1割負担の方は申請不要です。)で入院、又は高額な外来診療を受けられる場合に申請してください。

令和 年 月 日

NTN健康保険組合理事長 殿

〒

住 所 _____

電 話 () _____

被 保 険 者
氏 名 _____

(裏面に続く)

原則、事業所経由で送付していますが、被保険者がすでに入院中等の理由により、代理受取人を定めたい場合にこちらにご記入下さい。

委任状

_____は_____を代理人と定め、標記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。

被保険者の氏名 _____ 受取人の氏名 _____

被保険者住所 _____ 受取人との関係(_____)

氏名 _____ ㊟

認定証送付先住所 〒 _____

宛名 _____

■自己負担限度額

70歳未満の方

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)

70歳以上75歳未満の方

区 分	月単位の上限額	
現 役 並 み	Ⅲ：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)
	Ⅱ：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)
	Ⅰ：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)
一般：標準報酬月額 26万円以下	外来・個人ごと：18,000円(年間上限144,000円) 入院・世帯ごと：57,600円 (4月目～：44,400円)	

(注)上記表のⅠとⅡに属する方(標準負担月額が28万円～79万円までの方)については、医療機関窓口で「健康保険証」に「高齢受給者証」および「限度額適用認定証」を添えて提示しないと、医療機関窓口での支払いが、ご自身の区分に応じた自己負担限度額の支払ではなく、「現役並み」のⅢで計算されることとなります。

常務理事	事務長	担当者	交付日	令和 1 年 5 月 5 日
		担当	発効年月日	令和 1 年 5 月 1 日
			有効期限	令和 1 年 5 月 31 日
所得区分	ア (830以上)	イ (530~790)	ウ (280~500)	エ (260以下)
				560 千円



健康保険限度額適用認定申請書

申請区分	1.新規	2.期間延長	3.再交付 [紛失・破損]	4.適用区分変更
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名	△△製作所
	1	1 2 3 4 5	所在地	〇〇市△△町1-1
適用対象者の	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所	〒000-0000 大阪市西区京町堀1-3-17		
入院される方は 入院予定期間	令和 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月 31 日			
認定証有効 期限の希望	令和 2 年 4 月 ~ 令和 2 年 5 月 2 ヶ月間 (最長 12 ヶ月です) (開始月によっては有効期限が 8 月末となる場合がある事をご了承下さい。)			

上記のとおり申請いたします。

- * 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発効年月日は、この申請書を当組合で受付けた月以降となります。
(遡及が必要な方は別途申し出て下さい)
- * この申請書は、70歳未満の方が入院、又は高額な外来診療を受けられる場合に申請してください。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

NTN健康保険組合理事長 殿

〒000-0000

住 所 大阪市西区京町堀1-3-17

電 話 06 (1234) 5678

被 保 険 者

氏 名 健保 太郎



委 任 状	原則、事業所経由で送付していますが、被保険者がすでに入院中等の理由により、代理受取人を定めたい場合に下記にご記入下さい。
	_____は_____を代理人と定め、標記のとおり申請した認定証の受領方を委任します。
	被保険者の氏名 _____ 受取人の氏名 _____
	被保険者 住所 _____ 受取人との関係(_____)
	氏名 _____ ④
	認定証送付先 住所 〒 _____
	宛 名 _____