

(健保使用欄)

交付年月日	令和 年 月 日	適用区分	常務理事	事務長	係
発効年月日	令和 年 月 日	ア・イ・ウ・エ			
有効期限	令和 年 月 日	標準報酬月額 千円			

### 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	被保険者証記号番号	—	申請年月日	令和 年 月 日
	氏名	印	事業所名	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	所属部署	
	住所	〒 —		
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者の場合 記入不要	適用対象者の住所	〒 —		
通院・入院 (どちらかに○をつける)	通院 ・ 入院 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)			
適用対象者が市区町村の医療費助成等の対象で、窓口負担の助成を受けている			1.はい 2.いいえ	
傷病原因	1. 骨折やケガなど外傷性によるもの 2. 1以外によるもの			

被保険者・認定証交付対象者以外の方が申請する場合は以下も記入してください

申請 代行者	氏名	印	被保険者との関係	
	住所※	〒 —		
	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( )		

※申請代行者の住所は、被保険者・適用対象者以外の住所に送付を希望する場合に記入ください

#### (注意事項)

- ◎ 発行された「限度額適用認定証」は被保険者証と共に医療機関窓口に掲示ください。
- ◎ 70歳未満で同一医療機関での同一月の窓口負担(入院・通院ごと)が自己負担限度額以上の方が申請の対象となります。

被保険者の所得区分	自己負担限度額
ア 標準報酬月額 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%
イ 標準報酬月額 53万円~79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1%
ウ 標準報酬月額 28万円~50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
エ 標準報酬月額 26万円以下	57,600円

- ◎ 入院時食事療養の標準負担額は対象になりません。
- ◎ 有効期限に達したときや資格喪失したとき、標準報酬の変更により適用区分欄に表示された区分が変更になったときは「限度額適用認定証」を返却してください。