

健康保険限度額適用認定申請書

事業主印		(受付印)

被 保 険 者 記 入 欄	保険証記号		保険証番号		
	事業所名称				
	被 保 険 者	氏名	Ⓜ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
		住所			
適 用 対 象 者	氏名	被保険者との続柄			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	年齢	歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

○被保険者以外の方が申請する場合は上記に加えて下記「申請代行者欄」も記入願います。

申 請 代 行 者 欄	氏名	被保険者に対して申請意志の確認をいたしました。	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 所属事業主 <input type="checkbox"/> その他 ()
	連絡先		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が入院中のため申請できない <input type="checkbox"/> その他 ()

注1. 70歳未満及び前期高齢者(70~74歳)現役並み所得の方で、医療機関での同一月の窓口負担額が(入院・外来ごと)自己負担限度額以上になる場合に申請の対象となります。
 ※現役並みⅢに該当する場合は申請の必要はありません。

70歳未満	70~74歳	被保険者の所得区分	自己負担限度額
ア	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%
イ	現役並みⅡ	(標準報酬月額 53万円~79万円)	167,400円+(医療費-558,000円)×1%
ウ	現役並みⅠ	(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
オ		低所得者 (住民税非課税)	35,400円

70歳未満の方で被保険者の所得区分が低所得者(市区町村民税が非課税等)となる場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出下さい。

2. 費用は、高額療養費の自己負担限度額までの負担となりますが、入院の場合は入院時の食事代・差額ベット・保険外費用等は対象外です。
3. 本申請書は事業所【健康保険担当窓口】経由でご提出ください。(任意継続の方は健保へ直送ください)認定証の有効期間開始日は本申請書受付日の月初(1日)となります。
4. 有効期限は8月31日までとなりますので、継続して必要な場合は再度申請をお願いいたします。

組 合 記 入 欄	標準報酬月額	千円	所得区分	ア・イ・ウ・エ・現役Ⅱ・現役Ⅰ			
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	承認番号			交付日	令和 年 月 日		
				常務理事	事務長	主任	担当