

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください)

健康保険限度額適用認定申請書

事業主印	(受付印)
------	---------

! 保険証記号・番号は必ず保険証を確認してご記入ください。!、記入見本のままを記入される方が散見しております。表示の記号番号はあくまでも記入見本です。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証記号		111	保険証番号		222222		
	事業所名称		〇〇株式会社 (所属の会社名を記入)					
	被 保 険 者	氏名	三菱 太郎 <small>®</small>		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年2月22日		
		住所		港区芝浦3-1-21 <small>※被保険者本人による自署の場合は押印省略可</small>				
適 用 対 象 者	氏名	三菱 太郎		被保険者との続柄		本人		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年2月22日 <input type="checkbox"/> 令和		年齢	29 歳	性別	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 所属事業主	
	連絡先	<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; color: orange; font-weight: bold;"> 被保険者以外の方が申請する場合は、被保険者本人の意思をご確認いただいたうえで、申請していただくことが可能です。その際は、上記被保険者記入欄に加えて、「申請代 </div>	

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。

- 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。
- 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。
- 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