

# 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証	記号	番号	事業所(会社)名		
			事業所所在地		
被保険者	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭 平	年 月 日	押印をお忘れなく(シャチハタ可)	
適用対象者	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭 平	年 月 日	続柄	
被保険者の住所 ※この住所に限度額適用認定証を送付します		〒	— 都道 府県	☎ ( ) —	
※被保険者の住所以外へ認定証送付希望の場合はこちらもご記入ください		〒	— 都道 府県	( ) ☎ ( ) 様方 —	
入院・外来 予定期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

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。

平成 年 月 日 提出

医療費の自己負担限度額 (70歳以上の方は、限度額適用認定対象外となります。)

標準報酬月額	1ヶ月あたりの自己負担限度額	多数該当
ア 83万円以上	252,600円+ (総医療費—842,000円) ×1%	140,100円
イ 53~79万円	167,400円+ (総医療費—558,000円) ×1%	93,000円
ウ 28~50万円	80,100円+ (総医療費—267,000円) ×1%	44,400円
エ 26万円以下	57,600円	44,400円
オ 低所得者※	35,400円	24,600円

※被保険者が低所得(=非課税)の場合は、健康保険組合へお申し出ください。  
この申請用紙ではなく、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をお渡します。  
また、別途、「非課税証明書」の添付も必要です。

## [健康保険組合処理欄]

常務理事	事務長	担当者	担当者

[受付年月日]

処理結果	
交付年月日	平成 年 月 日
有効期限日	平成 年 月 末日
標準報酬月額	千円
適用区分	ア・イ・ウ・エ
更新履歴	初回 ・ 回目

