

健康保険限度額適用認定申請書

マイナンバーカードを保険証として利用する登録をされていて、
ご利用になる医療機関にオンライン資格確認システムが導入されている場合、
限度額適用認定証は不要です。

医療機関の窓口でマイナンバーカードを提示し、照会に同意する旨伝えていただくと、オンラインにて限度額適用区分の確認をしてもらえます。（認定証は不要です。）

マイナンバーカードの健康保険証利用に対応する医療機関は以下にて確認できます

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16743.html

オンラインによる資格確認が利用できない場合は、限度額適用認定申請書をプリントアウトし、必要事項をご記入の上、健康保険組合へ郵送してください。

※ A 4 サイズでプリントアウトしてください

記入時の注意

・事業所名

店舗名ではなく、事業所（会社）名を記入してください。

（ご自身の保険証に事業所名の記載がありますので、そちらをご確認ください。

任意継続の方は、「任意継続」とご記入ください。）

・入院・外来予定期間

限度額適用認定証は、原則として暦のひと月単位で3ヶ月有効のものを発行します。

認定証が必要と思われる期間（例：令和5年5月～令和5年7月）を
ご記入ください。

※必要期間の前月1日（上記例の場合は令和5年4月1日）より申請することができます。

申請書の送付先および問合せ先

〒650-0046 神戸市中央区港島中町 6-8-1 ワールド本社ビル 16F
ワールド健康保険組合

TEL: 078(302)8185 FAX: 078(302)9472

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		
被 保 険 者	氏 名					
	生年月日	昭・平・令		年	月	日
適用対象者	氏 名				続 柄	
	生年月日	昭・平・令		年	月	日
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		〒 ー 都道府県 〆 () ー				
※被保険者の住所以外へ送付希望の場合はこちらもご記入ください		〒 ー 都道府県 () 様方 〆 () ー				
入院・外来 予定期間		令和 年 月 ～ 令和 年 月				

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。

令和 年 月 日 提出

医療費の自己負担限度額

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+（総医療費ー842,000円）×1%	140,100円
イ 53～79万円	167,400円+（総医療費ー558,000円）×1%	93,000円
ウ 28～50万円	80,100円+（総医療費ー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（＝住民税非課税）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」をお渡しします。
また、別途、「非課税証明書」の添付もしくは健保が「マイナンバーによる確認を行う」ことへの同意が必要です。

[健康保険組合処理欄]

常務理事	事務長	担当者

処 理 結 果	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限日	令和 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

[受付年月日]

