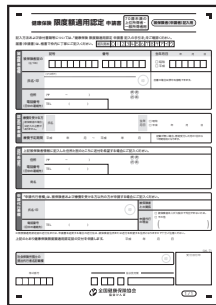


健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き

入院や通院で医療費が高額になる場合、窓口でのお支払いが一定の金額までとなる認定証を交付します。

申請書は1枚です。漏れなく正確にご記入ください。



添付書類をご用意ください。

療養される方の
被保険者証のコピーを
添付してください

70歳未満の自己負担限度額

医療機関に限度額適用認定証を提示することで、同一の月において、それぞれ一医療機関ごとの窓口での一部負担金等の支払額が下記の自己負担限度額までとなります。

● 自己負担限度額

区分	自己負担限度額	多数該当(※)
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上の方)	150,000円 + [(医療費 - 500,000円) × 1%]	83,400円
一般所得者	80,100円 + [(医療費 - 267,000円) × 1%]	44,400円

(※)多数該当とは 診療月以前から1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。

注意事項

- 提出不要な方
70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。
- 被保険者が非課税の方
一般所得者のうち、市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)をご提出ください。
- 高額療養費支給申請書の提出が必要な方
 - ・ 同一月で複数の医療機関で入院されたり、外来を受けたことによりそれぞれ21,000円以上の自己負担額があった場合
 - ・ 軽減前の自己負担限度額が適用された場合
 上記に該当したときは「高額療養費支給申請書」をご提出ください。
- 有効期限
申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から最長で1年間となります。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。(郵送で提出できます)
*各支部の電話番号、所在地などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△
TEL 03 (XXXX)XXXX (協会)

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左つめ)	2 1 7 0 0 0 2 3	2 1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	1
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ	協会 太郎	自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒105-0000)	東京 港区	1-1 △△マンション101			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX					

2

認定対象者欄	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	協会 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	51 年 10 月 22 日
	療養予定期間	平成 26 年 4 月 ~ 平成 26 年 12 月			記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。	

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。					
	住所	(〒102-0000)	東京 千代田区	1-1		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 () () () () () ()				
宛名	(株)健保商事					〇〇 〇〇

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名・印	印	被保険者との関係			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL () () () () () ()	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 () () () () () ()			

*限度額適用認定証の送付先または、申請書を返送する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。

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 26 年 4 月 〇 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印	受付日付印
様式番号	協会使用欄	

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください)

1

記号・番号は、被保険者証に記載されています。



2

送付希望先

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。