



限度額適用認定申請書等

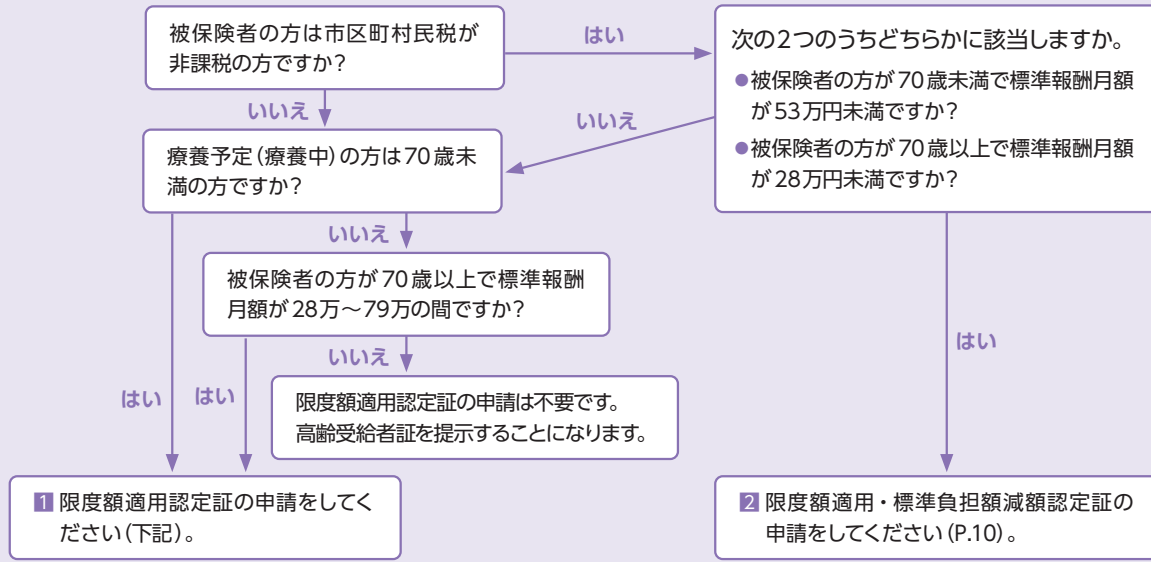
『協会けんぽGUIDEBOOK』45ページ参照

高額な医療費がかかることが想定される場合は、事前に「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

※マイナンバーカードを保険証として利用した場合、「限度額適用認定証」がなくても、自己負担限度額までの支払いとなります。
(被保険者の市区町村民税が非課税の方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。)

申請チェックフロー

限度額適用認定申請書等



記載例

1 限度額適用認定申請書

記号・番号は、保険証に記載されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

入院され自宅で限度額適用認定証の受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しする場合もこの送付先に送付します。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

チェックリスト

● 申請時期

被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき

2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者名 21700023 | 21 | 2 | 01 | 05 | 10

氏名 キョウカイ タロウ

協会太郎

郵便番号 1050000 | 電話番号 090XXXXXX

住所 東京 港区 〇〇1-1△△マンション101

氏名 キョウカイ タロウ

生年月日 2 | 01 | 05 | 10

認定対象者は、長期入院されましたか。 はい いいえ

住所 1020000 東京 子代田区△△1-1

氏名 株式会社〇〇〇〇 総務課〇〇△△

氏名 被保険者との関係

電話番号 申請代行の理由

郵便番号 1050000

社会保険労務士の提出代行を記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

2ページ目に続きます。▶▶▶

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

療養される方が申請を行った月以前1年間で長期入院(90日超)された場合は2頁目を必ずご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被保険者の住民税の非課税証明書の添付が省略できます。マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、希望しないに☑を入れたうえで、必要な書類を添付してください。

入院され自宅で限度額適用・標準負担額減額認定証の受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。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名 協会太郎

申請月以前1年間の入院日数合計 92日

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 04月 08日 01日 04月 10日 31日 92日

名称 〇〇総合病院

所在地 東京都新宿区△△1-1

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

名称

所在地

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

名称

所在地

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

名称

所在地

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)

名称

所在地

230222201

全国健康保険協会 協会けんぽ

限度額適用認定申請書等

チェックリスト

●申請時期
被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者および被扶養者が病院や診療所・薬局での窓口支払額を軽減したいとき

- 添付書類チェックリスト
- <マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合>
 - 不要 (※)協会けんぽでマイナンバーが未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類が必要となる場合があります。
 - <マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合>
 - 被保険者の非課税証明書の原本
 - 低所得者
 - 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本
 - 8月～翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本
 - 直近1年以内に91日以上入院日がある(長期入院)
 - 入院期間が記載されている領収書のコピー等、入院期間を証明する書類(保険者に低所得者として認められていた期間の入院に限ります。)

