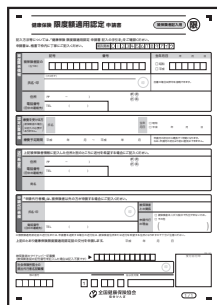


健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き

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。



添付書類について

添付書類はありません

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

被保険者の所得区分	自己負担限度額(※1)	多数該当(※2)
①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
②区分イ (標準報酬月額53~79万円の方)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
③区分ウ (標準報酬月額28~50万円の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円

※1 保険外負担分(差額ベッド代など)や、入院時の食事負担額等は対象外となります。

※2 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

「区分ウ」および「区分エ」の方のうち、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

- ・医療機関等の窓口でお支払いされた自己負担額について、①受診月ごと、②受診者ごと、③医療機関ごとに区分し、それらを更に④医科と⑤歯科の別、⑥入院と⑦外来の別という区分で見た結果、1つの区分で21,000円以上に該当する場合。(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます。)
- ・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。
(なお、有効期間の初日を申請月の初日より前にすることはできません。)

ご提出・お問い合わせ先

次ページに記入例があります。➔

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け取ります)
*各支部の所在地・電話番号などは、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

健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者記入用



記入方法等については、「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。

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 (左づめ)	2 1 7 0 0 0 2 3	2 1	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	1	1 0 2 2
	氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎	(印) 協会	自署の場合は押印を省略できます。			
住所	(〒105-0000)	東京	港区	〇〇	1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX				△△マンション101		

2

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 28	年	4	月	~	平成 28	年	12	月	申請月の初日から最長で1年間となります。 なお、申請月の初日より前に遡及はできません。

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	〇〇株式会社				

「申請代行者欄」は、被保険者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	<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
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	申請代行の理由	()

*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 28 年 4 月 〇 日

3

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) ▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)	受付日付印 (28.10)
様式番号	協会使用欄	
1		

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、保険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。

3

被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。(平成29年1月以降の申請から使用してください。)