

# 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。

## 添付書類について

〈被保険者のマイナンバーを記入された場合〉 詳細は2ページ参照  
 ● 被保険者の身元確認・番号確認書類 計2点

## 注意事項

- **提出不要な方**  
70歳以上75歳未満で標準報酬月額26万円以下の方と83万円以上の方は「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**  
70歳未満の方で、「区分ウ」および「区分エ」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で、「区分：一般」の場合のうち、被保険者の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。
- **有効期間**  
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。)

## 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(※1)となります。

なお、同じ医療機関であっても、①医科入院、②医科外来、③歯科入院、④歯科外来にわけて(※2)計算します。

### ● 70歳未満の方(平成27年1月診療分より)

被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数該当(※3)
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
区分：イ (標準報酬月額53万~79万円の方)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
区分：ウ (標準報酬月額28万~50万円の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分：エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円

### ● 70歳以上75歳未満の方(平成30年8月診療分より)

被保険者の所得区分	自己負担限度額		多数該当(※3)
	個人ごと(外来)	世帯ごと(入院を含む)	
現役並み所得者	区分：現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上で 高齢受給者証の負担割合が3割の方)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
	区分：現役並みⅡ (標準報酬月額53万~79万円で 高齢受給者証の負担割合が3割の方)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
	区分：現役並みⅠ (標準報酬月額28万~50万円で 高齢受給者証の負担割合が3割の方)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
区分：一般 (現役並み・低所得者以外の方)	18,000円 【年間上限14.4万円】	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 上記①②③④ごとに、70歳未満の方は、自己負担額21,000円以上のもの、および70歳以上75歳未満の方は、自己負担を伴うものが複数あると、高額療養費支給申請書の提出が必要な場合があります。

※3 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。

## ご提出・お問い合わせ先

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。



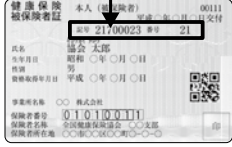
協会けんぽ

検索

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)

**1** 記号・番号は、保険証に記載されています。



**2** 自宅で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しする場合もこの送付先に送付します。

### 健康保険 限度額適用認定 申請書

被保険者記入用 限

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

被保険者情報	記号 <b>1</b>	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 <input type="checkbox"/> 令和	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 <span style="float: right;">(協会)</span>		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		△△マンション101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX				

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	生年月日	昭和 平成 令和
		協会 花子	62 年 7 月 5 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	療養予定期間 (申請期間)	令和 1 年 6 月 ~ 令和 2 年 5 月	申請月の初日から最長で1年間となります。	

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	〇〇株式会社	総務課〇〇△△	

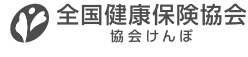
  

申請代行者欄		被保険者との関係	
氏名・印	印	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由 ( )	

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻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。  
 ※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

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)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。	<b>3</b>	(2019.5) 受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印	
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

**3** ①の記号番号を記入している場合は、記入不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。<sup>\*1</sup> 貼付台紙<sup>\*2</sup> に ㊦ ① どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ㊦ 身元確認を行うための書類 (いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類 (いずれか1点)
  - ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

<sup>\*1</sup> 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。  
<sup>\*2</sup> 協会けんぽのホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合は協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)