

健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き

入院等で医療費が自己負担限度額を超える場合にご使用ください。
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。

マイナ保険証をご利用いただくことで、限度額認定証の提示は不要となります

マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関等を受診できます。また、窓口での保険診療分のご負担が自己負担限度額までとなりますので、限度額適用認定証の提示は不要となります。

ぜひ、マイナ保険証をご利用ください。

※オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合や、協会けんぽにマイナンバーの登録が行われていない場合は、限度額適用認定証を医療機関等の窓口に提示いただく必要があります。

注意事項

マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナ保険証として医療機関等を受診できます。

● 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」と「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、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歯科外来に分けて(※2)計算します。

● 70歳未満の方

被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数回該当(※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

被保険者の 所得区分	自己負担限度額		多数回該当(※3)
	個人ごと (外来)	世帯ごと (入院を含む)	
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年内に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、多数回該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。

次ページに記入例があります。→

ご提出・お問い合わせ先

申請書のご記入後は、協会けんぽ都道府県支部に郵便でご提出ください。

*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

記入例

限度額適用認定 申請書

“AI チャット”でもっと詳しく！

協会けんぽ

検索



- 申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 [記入見本] 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ
 - 生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
 - 訂正される場合は、訂正箇所を読み取りができないように塗り潰し、欄外に正しい内容をご記入ください。

1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

↓

資格情報のお知らせ	
年月	21700023 年 21
会員名	太郎
会員登録年月日	昭和 61年 1月 22日
会員登録年月日	令和 3年 〇月 〇日
保険者番号	99999999
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部

2 被保険者のマイナンバーは、①の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

口は、以下の添付書類が必要です。
②①の両方を本人確認書類貼付台紙
(※)に、貼付のうえ、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、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

なお、代理人（被保険者より委任状等を受け取っている方や法定代理人）が申請される場合は、代理権の確認、代理人の身元確認が必要になります。詳しくは、協会けんぽのホームページをご確認ください。

健康保険 限度額適用認定 申請書

限

入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合、ご記入ください。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。

記号・番号	1 記号 (左づめ)			番号 (左づめ)			生年月日						
	2170002321						1	2.半端	61	01	22	日	
個人番号 (マイナンバー)	2						記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)						
氏名 (カタカナ)	キヨウカイ タロウ												
姓と名の間に1マス空けてご記入ください(漸点(ー)、半漸点(ー))は1字としてご記入ください。													
氏名	協会 太郎												
郵便番号 (ハイフン除く)	1050000			電話番号 (左づめ/ハイフン除く)			090XXXXXX						
住所	東京 道 港区〇〇 1-1△△マンション101												
4 懸念対象者欄	キヨウカイ タロウ												
姓と名の間に1マス空けてご記入ください(漸点(ー)、半漸点(ー))は1字としてご記入ください。													
生年月日	1	2.半端	61	年	01	月	22	日					
5 上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。													
郵便番号 (ハイフン除く)	1020000			電話番号 (左づめ/ハイフン除く)			090XXXXXX						
住所	東京 道 千代田区△△ 1-1												
宛名	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課 〇〇△△												

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			被保険者との関係
申請代行者欄			
電話番号 (左づめ/ハイフン除く)			申請代行の理由
		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> 2. その他	

備考	
----	--

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		受付日付印	
-----------------------	--	-------	--

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。												
MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)		同時		協会使用欄は記入不要です。		1. 被保険者変更訂正 2. その他				
その他		<input type="checkbox"/>		(理由)				枚数 <input type="checkbox"/>				
230111103												

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1

**4 療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日
をご記入ください**

5 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。