

限度額適用認定申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

療養を受ける方が**被保険者(ご本人)**の場合 (被保険者:協会 太郎)

健康保険 限度額適用認定 申請書 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 011213456789アイウ

被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	21700023	21	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0	10	510
氏名・印	協会 太郎 印					
住所 (日中の連絡先)	〒 240 - 〇〇〇〇) 神奈川県 横浜市 〇〇区 〇〇町 1 - 1					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (×××) ××××					

認定を受ける方 (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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
療養予定期間 (申請期間)	令和 元 年 5 月 ~ 令和 元 年 12 月		申請月の初日から最長で1年間となります。			

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 (〒 -) 都道府県
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()
宛名

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。	被保険者との関係
氏名・印 印	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入社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。
※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。	受付日付印
2 3 0 1 1 7	
社会保険労務士の 提出代行名記載欄	
株式会社 協会使用欄	
2 3 0 1 1 7	1

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。



被保険者情報にご記入いただく氏名は被保険者ご本人(協会 太郎)です。

マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

- 【その他の注意点】 ※ 内容は前のページと同様です。
- ❑ 70歳以上75歳未満で標準報酬月額が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るため、限度額適用認定申請書の提出は不要です。
 - ❑ 有効期間は申請書を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は、資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。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。
 - ❑ 70歳未満の方は「区分:ウ・エ」、70歳以上75歳未満の方は「区分:一般」であり、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場合は、「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。

限度額適用認定申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

療養を受ける方が **被扶養者(ご家族)** の場合 (被保険者:協会 太郎 被扶養者:協会 花子)

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 0123456789アイウ

被保険者証の (並び)	記号	番号	生年月日
	21700023	21	昭和 58年 10月 1日
氏名・印	協会 太郎 (印)		
住所	〒 240-0000 神奈川県 横浜市 〇〇区 〇〇町 1-1		
電話番号	TEL 045 (xxx) xxxxx		
認定対象者欄	氏名	生年月日	
療養を受ける方	協会 花子	昭和 58年 10月 1日	
療養予定期間	令和 元年 5月 ~ 令和 元年 12月		
送付希望先	住所	郵便番号	送付先
申請代行者欄	氏名・印	被保険者との関係	申請代行の理由
被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバー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。		
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	提出代行者名		
	230117 1		

※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。
※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。

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。

健康保険 家族(被扶養者) 被保険者証

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 58年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月 1日

被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 〇〇 株式会社

保険者番号 〇1101100116

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

平成26年6月25日交付

1111

被保険者情報にご記入いただく氏名は被保険者ご本人(協会 太郎)です。

被扶養者であるご家族分の発行を希望される場合は、認定対象者欄の「療養を受ける方」の欄にご家族の氏名(協会 花子)をご記入ください。



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

- 【その他の注意点】
- 70歳以上75歳未満で標準報酬月額が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るため、限度額適用認定申請書の提出は不要です。
 - 有効期間は申請書を受け付けた日の属する月の1日(資格を取得した月の場合は、資格取得日)から最長で1年間の範囲となります。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。
 - 70歳未満の方は「区分:ウ・エ」、70歳以上75歳未満の方は「区分:一般」であり、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場合は、「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。

限度額適用認定証とは

医療機関等の窓口でのお支払いが高額となる場合には、**限度額適用認定証を保険証と併せて医療機関窓口で提示すると、入院時等の1カ月（1日から月末まで）の窓口（①）でのお支払いが、自己負担限度額まで（②）で済みます。**

- ① 保険医療機関（入院・外来別）、保険薬局等それぞれでの取扱いです。
- ② 同月に入院や外来など複数受診がある場合は、高額療養費の申請が必要となることがあります。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です。

70歳以上の一部の方は、保険証と併せて高齢受給者証を提示すると窓口でのお支払いが自己負担限度額で済みます。

※ 被保険者の所得区分が現役並みⅠ・Ⅱの場合は、限度額適用認定証の提示が必要です。

申請の手続き

申請書は協会けんぽホームページからダウンロードできます。

- ① 限度額適用認定申請書を協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。
- ② 限度額適用認定証が交付されます。
- ③ 受診の際に保険証と併せて限度額適用認定証を提示します。

1週間～10日程度

限度額適用認定証が使用できる場合の1カ月内の窓口負担額（自己負担限度額）

70歳未満の方の自己負担限度額は被保険者の所得区分によって下表の5つに分類されます。

被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数該当（※3）
① 区分ア （標準報酬月額83万円以上の方）	252,600円＋（総医療費（※1）－842,000円）×1%	140,100円
② 区分イ （標準報酬月額53万-79万円の方）	167,400円＋（総医療費（※1）－558,000円）×1%	93,000円
③ 区分ウ （標準報酬月額28万-50万円の方）	80,100円＋（総医療費（※1）－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
⑤ 区分オ（低所得者）（※2） （被保険者が市区町村民税の非課税者等）	35,400円	24,600円

※1 総医療費とは保険適用される診療費用の総額（10割相当額）です。

※2 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。ただし、「区分ア」または「区分イ」の方は対象外です。

※3 療養を受けた月以前の1年間に、3カ月以上の高額療養費の支給を受けた（限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む）場合は、4カ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

照会先

全国健康保険協会 神奈川支部

045-339-5533（代表）

〒240-8515

横浜市保土ヶ谷区神戸町134

横浜ビジネスパークイーストタワー2階

協会けんぽ

