

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

70歳未満の上位所得者・一般所得者用

常務理事	事務長		係

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	右づめでご記入ください。ハイフン(—)または(枝番)の後にある2桁は記入しないでください		年	月	日
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業所に在籍している方は、委任するに <input checked="" type="checkbox"/> してください)						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者の場合は記入の必要はありません					
	療養予定期間	年	月	~	年	月
傷病の原因	交通事故等 ・ 第三者によるもの ・ その他 ()			今回の申請は	新規 ・ 継続	
発効年月日は申請を受付した日の属する月の1日から定められています。(厚生労働省の通達)						

※ケガをされた場合は、「負傷原因届」をあわせてご提出ください。

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方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
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	<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 ()			

希望送付先	理由	※限度額適用認定証の送付先は、原則事業所経由としています。お急ぎの場合は、その理由をご記入ください。				
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
	宛名					

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。 令和 年 月 日

標準報酬月額	自己負担限度額
83万円以上	252,600円+(医療費総額-842,000円)×1%
53万円~79万円	167,400円+(医療費総額-558,000円)×1%
28万円~50万円	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1%
26万円以下	57,600円

この限度額の申請をした場合、1か月(1日から末日まで)にかかった医療費が、左表の自己負担限度額以上になった場合に適用されます。
 ※1人ごと、外来・入院別、医科・歯科別
 ※入院時の食事代や居住費・差額ベット代は含まれない
 当組合ではこの申請をしなくても、適用となった場合には、診療月の約3か月後以降に自動計算により給付します。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄