

健康保険 限度額適用認定申請書

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	左づめ				—	左づめ			
	2	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)								
	3	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和	・	平成			年		月	日
	4	被 保 険 者 の 住 所	〒				—				電話 ()
	5	「4」の住所とは 別のところに 送付を希望する 場合は、その 送 付 先	住所	〒				—			電話 ()
		宛名	都道府県								

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	6	療養する方は被保険者本人 ですか、被扶養者家族ですか。	☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者家族 → 下記「7」～「11」欄を記入してください。										
	7	療 養 す る 方 の 氏 名	(フリガナ)						8	被保険者との続柄			
	9	療 養 す る 方 の 生 年 月 日	昭和・平成・令和			年		月		日	10	性 別	男 ・ 女
	11	療 養 す る 方 の 住 所	〒				—				電話 ()		
			都道府県										

「申請代行者が記入するところ」は、被保険者及び入院する方以外が申請する場合に記入してください。

記 申 入 請 す 代 行 と 者 こ ろ が	12	申 請 代 行 者 の 氏 名	(フリガナ)						被保険者との関係		
	13	申 請 代 行 者 の 住 所	〒				—			電話 ()	
	14	申 請 代 行 の 理 由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他()								

(※)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「4」欄の被保険者住所または「5」欄の送付を希望する住所となります。「13」欄の申請代行者の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

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。

令和 年 月 日

15	社会保険労務士の提出代行者名記載欄

以下は記入しないでください。

決 裁	事務局長	業務課長		担当者
交 付 年 月 日	令和 年 月 日	発 効 年 月 日	令和 年 月 日	
有 効 期 限	令和 年 月 日	適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ・高Ⅰ・高Ⅱ	

受付日付印

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

記入例

健康保険 限度額適用認定申請書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号及び番号	左つめ 1 2 3 — 1 2 3 右つめ
	2	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎
	3	被保険者の生年月日	昭和・平成 4 0 年 1 0 月 1 0 日
	4	被保険者の住所	〒 3 2 1 — 0 0 0 0 0 電話 0 2 8 (× × ×) × × × × 栃木 都道 宇都宮市〇〇 1-1 栃木 都道 宇都宮市〇〇 1-1
	5	「4」の住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所 〒 3 2 3 — 0 0 0 0 0 電話 0 2 8 5 (× ×) × × × × 栃木 都道 小山市〇〇 1-2 宛名 (株) 健保運輸

「6」の該当する□にチェック(☑)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	6	療養する方は被保険者本人ですか、被扶養者家族ですか。	☐ 被保険者本人 ☒ 被扶養者家族 → 下記「7」～「11」欄を記入してください。
	7	療養する方の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子
	8	被保険者との続柄	妻
	9	療養する方の生年月日	昭和・平成・令和 4 5 年 0 2 月 1 0 日
10	性別	男・女	
	11	療養する方の住所	〒 3 2 1 — 0 0 0 0 0 電話 0 2 8 (× × ×) × × × × 栃木 都道 宇都宮市〇〇 1-1 栃木 都道 宇都宮市〇〇 1-1

「申請代行者が記入するところ」は、被保険者及び入院する方以外が申請する場合に記入してください。

申 請 代 行 者 欄	12	申請代行者の氏名	(フリガナ) 被保険者との関係
	13	申請代行者の住所	〒 都道 府県 電話 ()
	14	申請代行の理由	1 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2 その他 ()

(※)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「4」欄の被保険者住所または「5」欄の送付を希望する住所となります。「13」欄の申請代行者の住所には送付いたしませんので、十分注意してください。

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。

令和 6 年 3 月 7 日

15	社会保険労務士の提出代行者名記載欄
----	-------------------

○70歳以上の現役並みⅢ及び一般所得者の方は、「高齢受給者証」で入院時の窓口負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。
○市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が入院時の窓口負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。

① 被保険者の住所とは別のところに送付を希望する場合に、その送付先を記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返す場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。

② 被保険者本人の療養(入院)による申請の場合は、被保険者本人に☑をつけてください。被扶養者家族の療養(入院)による申請の場合は、被扶養者家族に☑をつけて、「7」～「11」欄を記入してください。

③ 被保険者または療養する方以外が申請する場合に記入してください。なお、申請を代行された場合でも「4」または「5」の送付先に送りますので、十分注意してください。

支給要件等

■ 入院等における保険医療機関等窓口での負担の軽減

保険医療機関等の窓口において高額な医療費を支払った場合は、自己負担限度額を超えた分について、「高額療養費」として支給されます。ただし、事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保健医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

■ 自己負担限度額

区 分			自己負担限度額	多数該当
標準報酬月額	70歳未満	70歳以上		
83万円以上	ア	現役並みⅢ	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
53万～79万円	イ	現役並みⅡ	167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
28万～50万円	ウ	現役並みⅠ	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
26万円以下	エ	一般(2割負担)	57,600円(70歳以上の外来(個人)は18,000円)	44,400円

※診療月以前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。

留意事項

- 「健康保険限度額適用認定証」は70歳未満の上位所得者及び一般所得者並びに70歳以上の現役並みⅡ及び現役並みⅠの方の入院等における保険医療機関等窓口での負担を軽減するためのものです。70歳以上の現役並みⅢ及び一般所得の方は「高齢受給者証」により入院等における保険医療機関等窓口での負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書の提出は不要です。また、市区町村民税が非課税などによる低所得者の方が入院における保険医療機関等窓口での負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用認定証」による入院等における保険医療機関等窓口での負担の軽減は、保健医療機関等ごとの取扱いになります。同一月で複数の保健医療機関等で入院されたり、外来で診療を受けたことによりそれぞれ21,000円以上の自己負担額があった場合には、「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 診療月以前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が、「健康保険限度額適用認定証」による入院における保険医療機関等窓口での負担は、軽減前の自己負担限度額が適用される場合があります。この場合には「高額療養費支給申請書」を提出してください。
- 「健康保険限度額適用認定証」は、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年間の範囲が有効期限となります。