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（健康保険被保険者手帳）の記号および番号		1 0 1 ー 1 2 3 4 5 6
	2	被保険者の氏名		（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎　印
	3	被保険者の生年月日		昭・平・令 5 0 年 0 3 月 0 5 日
	4	被保険者の住所		郵便番号（〒 552 ー 0011 ）　電話 06 （ 3346 ） 9380 大阪 都道府県 港区南市岡1-6-18
	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	郵便番号（〒 552 ー 11 ）　電話 06 （ 6585 ） ×××× 大阪 都道府県 大阪市港区南市岡1-2-5
			宛名	きつこう会健康保険組合

「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。

認定書交付対象者欄	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 → 下記「12」の「療養予定期間」欄のみ記入してください。 ☑ 被扶養者本人 → 下記「7」～「12」の欄を記入してください。				
	7	療養する方の氏名	（フリガナ）ケンポ 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・平・令 5 年 1 月 1 日		10	性別	男・女
	11	療養する方の住所	郵便番号 〒 552 ー 0011 大阪 都道府県 港区南市岡1-6-18			電話 06 （ 6585 ）××××	
	12	療養予定期間	令和 1 年 6 月 5 日 ～ 令和 1 年 7 月 6 日				

「申請代行者が記入するところ」は、被保険者および療養する方以外の方が申請する場合に記入してください。

申請代行者が記入するところ	13	申請代行者の氏名	（フリガナ） 印	被保険者との関係	
	14	申請代行者の住所	郵便番号（〒 ー ）　電話 （ ） 都道府県		
	15	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（ ）		

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 1 年 6 月 1 日

支給要件等

■ 70歳未満の方の保険医療機関、保険薬局等の窓口での負担軽減

保険医療機関、保険薬局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 義費」として支給されます。しかし,70歳未満の方が、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険医療機関、保険薬局等の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。

■ 70歳未満の自己負担限度額

	自己負担限度額	多数該当(※)
上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)	150,000円+[(医療費−500,000円)×1%	83,400円
一般所得者	80,100円+(医精費−267,000円)×1%	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

1.「健康保険限度額適用認定証」は70歳未満の上位所得者・一般所得者の方の保険医療機関、保険薬局等の窓口での負担 を軽減するためのものです。70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で保険医療機関、保険薬局等の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保険医療機関、保険薬局等の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。

2.「健康保険限度額適用認定証」による保険医療機関、保険薬局等の窓口での負担軽減は、保険医療機関、保険薬局等ごとの取扱いになります。同一月で複数の保険医療機関で入院されたり、外来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。

3.. 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」による保険医療機関、保険薬局等窓口での負担は、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。