

健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き

入院や通院で医療費が高額になる場合、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。

申請書は1枚です。漏れなく正確にご記入ください。

注意事項

●提出不要な方

70歳以上70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歳未満の方は、「区分ウ」および「区分エ」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方は、「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・標準負担減額認定申請書」（別様式）をご提出ください。

●有効期間

療養予定期間（申請期間）に記入した期間が有効期間となります。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年間となります。**（なお、有効期限の初日を申請付き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、それぞれ一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歯科外来にわけて（※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－842,000円）×1%	140,100円
②区分イ（標準報酬月額53～79万円の方）	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1%	93,000円
③区分ウ（標準報酬月額28～50万円の方）	80,100円＋（総医療費－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

●70歳以上75歳未満の方（平成30年8月診療分より）

被保険者の所得区分		自己負担限度額		多数該当（※3）
		個人ごと（外来）	世帯ごと（入院含）	
現 所 役 得 並 み 者	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、高額療養費が支給されます。（当健保は自動払。）

※3 診療月以前から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。

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 希望送付先

自宅での受取りが出来ない場合などにご記入ください。

3 申請代行者欄

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いただくところです。（たとえば事業所の方や、ご親族の方など）

4 申請書を書き入れ、申請する日をご記入ください。

5 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

健康保険 限度額適用認定 申請書

70歳未満の
上位所得者・
一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

1 被保険者(申請者)情報

記号	番号	生年月日
6 7	1 2 3 4	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 6 1 1 0 2 4
氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ		
氏名 (自署) 健保 太郎		
住所 (〒 1 7 8 - 0 1 2 3) 東京 練馬区 大泉町 5 - 4 - 3		
電話番号 (TEL 0 9 0 (〇 〇 〇) Δ Δ Δ Δ) 〇 〇 〇 マンション 2 〇 1		

2 療養を受ける方

氏名	健保 花子	生年月日
被保険者の場合は記入の必要はありません		昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 6 3 年 2 月 1 4 日
療養予定期間	令和 X 年 1 月 ~ 令和 X 年 5 月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。

3 希望送付先

タムラS/S 東京事業所 入間事業所 児玉工場 狭山事業所 板戸事業所 荻柳 会津

上記被保険者情報に記載した住所に送付 ※ それ以外に送付を希望する場合は下記にご記入ください。

住所	(〒 ()) 都 道 府 県
電話番号	TEL () () ()
宛名	

4 「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 (自署)	被保険者との関係
電話番号 (TEL () () ())	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が以降で外出できないため <input type="checkbox"/> 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、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。

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。 **4** 令和 X 年 1 2 月 2 5 日

5 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。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不要です**

社会保険事務士の提出代行署名記載欄

タムラ製作所健康保険組合

(R02.12) 受付日付印

1/1

限度額適用認定証の返却について

退職などで資格を喪失したときや、被扶養者とならなくなったとき、有効期限に達したときは必ずご返却ください。紛失した場合は「限度額適用認定証 滅失届」(書式は健康保険組合ホームページから印刷することができます。)が必要となります。