

常務理事	業務部長	課長	係長	係

限度額適用認定申請書

下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

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	(記号) ----- (番号)	2	事業所名称	
	3	被 保 険 者 の 氏 名				
	4	被保険者の生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日				
	5	被 保 険 者 の 住 所		〒	TEL (日中の連絡先) ()	
				都道 府県		
6	送付希望先 上記「5」と 別の住所に送 付を希望する 場合のみご記 入ください	住所	〒	TEL (日中の連絡先) ()		
	都道 府県					
		宛名	----- ※勤務先や入院先等で被保険 者本人以外の場合は担当者名 様宛			

適 用 対 象 者 欄	7	療 養 を 受 け る 方 の 氏 名		8	被 保 険 者 と の 続 柄	
	9	療 養 を 受 け る 方 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 令和			
	10	療 養 に か か る 予 定 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※限度額認定証は、予定期間を確認の上、最大1年間の有効期限を設定し交付します。 予定期間が未記入の場合は、有効期限を申請受理月の翌月末日といたしますのでご注意ください。			
	11	傷病原因は第三者の行為（交通事故・けんか等）によるものですか				はい ・ いいえ

※健保組合に申請書が届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合（月末が近い場合）は、当組合への到着日にご注意ください。

※速達による発送を希望される場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）の添付をお願いいたします。

健 保 組 合 記 入 欄	交 付 年 月 日	令和 年 月 日	受 付 印
	発 効 年 月 日	令和 年 月 日	
	有 効 期 限	令和 年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額	千円	

【対象者】

70歳未満で1ヶ月の医療費の窓口負担が下の図1の自己負担限度額を超える場合または、超えることが見込まれる場合。

ただし、下の図の区分「オ」に該当する場合は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請してください。

◎自己負担限度額

区分		自己負担限度額	多数該当(※1)
ア	標準報酬月額 83万円以上の方	$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
イ	標準報酬月額 53万円～79万円の方	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円の方	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
エ	標準報酬月額 26万円以下の方	57,600円	44,400円
オ (※2)	住民税非課税の方	35,400円	24,600円

(※1) 多数該当とは？・・・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。

(※2) 被保険者が住民税非課税であり、標準報酬月額が53万円未満の方。

●自己負担限度額とは

医療費が高額の場合、被保険者の標準報酬月額区分によって自己負担する金額の限度が法律で定められています。これを、自己負担限度額といいます。

この申請書を記入するまえに、下の注意事項をよくお読みください。

【注意事項】

●効力の発生日について

健保組合にて申請書が受付された月の1日から有効となります。

(申請のあった月に健康保険の資格を取得した方については、その取得日からとなります。)

※健保組合に届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合(月末が近い場合)は、当組合への到着日に、ご注意ください。

※「限度額適用認定証」は、原則、受付日の翌営業日に処理・発送(普通郵便)します。速達による発送を希望される場合は、返信用封筒(切手を貼付したもの)の添付をお願いいたします。

●添付書類は必要ありません。

●有効期限について

有効期限については、最大1年間となります。(特に指定がない場合は、申請書を受け付けた月の翌月末日までとなります)

有効期限に達し、その後も継続して交付を希望される場合は、再度「限度額適用認定申請書」の申請が必要となります。

ご提出・お問い合わせ先

※申請書は郵送、もしくは直接健保窓口にご提出ください。

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合 給付係
Tel 03(3862)1056

【対象者】

高齢受給者証の一部負担金の割合が3割の方のうち、下の図1の区分「Ⅱ」・「Ⅰ」に該当する方が対象となります。

なお、一部負担金の割合が2割の方は、限度額適用認定証の発行申請は必要ありません。

◎自己負担限度額(図1)

区分	自己負担限度額	多数該当(※1)
〔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
Ⅱ 〔標準報酬月額 53万円～79万円の方〕	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
Ⅰ 〔標準報酬月額 28万円～50万円の方〕	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円

なお、下の図2の「低所得Ⅱ」、「低所得Ⅰ」に該当する場合は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請してください。

(図2)

区分	自己負担限度額		自己負担限度額 多数該当(※1)
	外来(個人)	(世帯)	
一般 〔標準報酬月額 26万円以下の方〕	18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円	44,400円
低所得Ⅱ (※2) 〔住民税非課税〕	8,000円	24,600円	-
低所得Ⅰ (※3) 〔住民税非課税 (所得が一定以下)〕	8,000円	15,000円	-

(※1) 多数該当とは？・・・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。

(※2) 被保険者が住民税非課税の方。

(※3) 被保険者と被扶養者すべての方の収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合。

●自己負担限度額とは

医療費が高額の場合、被保険者の所得区分によって自己負担する金額の限度額が法律で定められています。これを、自己負担限度額といいます。

この申請書を記入するまえに、下の注意事項をよくお読みください。

【注意事項】

●効力の発生日について

健保組合にて申請書が受付された月の1日から有効となります。

(申請のあった月に健康保険の資格を取得した方については、その取得日からとなります。)

※健保組合に届いた月から効力が発生するため、郵送にて申請される場合(月末が近い場合)は、当組合への到着日に、ご注意ください。

※速達による発送を希望される場合は、返信用封筒(切手を貼付したもの)の添付をお願いいたします。

●添付書類は必要ありません。

●有効期限について

有効期限については、最大1年間となります。(特に指定がない場合は、申請書を受け付けた月の翌月末日までとなります)

有効期限に達し、その後も継続して交付を希望される場合は、再度「限度額適用認定申請書」の申請が必要となります。

ご提出・お問い合わせ先

※申請書は郵送、もしくは直接健保窓口にご提出ください。

〒111-0052
東京都台東区柳橋1-1-4
東日本プラスチック健康保険組合 給付係
TEL 03(3862)1056