

常務理事	業務局長	業務部長	課長	係長	係

健康保険 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。

平成 年 月 日

被保険者欄	1	被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号	(記号) (番号)	2	事業所名称		
	3	被 保 険 者 の 氏 名					⑨
	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	住所	〒.....	TEL (日中の連絡先) ()		都道 府県
		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		宛名	<small>※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</small>		

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
	10	療 養 に か か る 予 定 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	<small>※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。</small>					
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。

※「限度額適用認定証」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送（普通郵便）を行います。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。

健保組合記入欄	交 付 年 月 日	平成 年 月 日	受 付 印
	発 効 年 月 日	平成 年 月 日	
	有 効 期 限	平成 年 月 日	
	標 準 報 酬 月 額	千円	

◎限度額適用認定申請書について

【対象者】

1ヶ月の医療費の窓口負担が自己負担限度額を超える見込みである、70歳未満の被保険者・被扶養者となります。

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】

●この申請の対象とならない方

①70歳以上の方

「保険証」と「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口でのお支払が自己負担限度額までとなります。

②標準報酬月額が53万円未満で被保険者が住民税非課税の方

「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(別様式)にて申請してください。

●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」の交付は、原則、受付日当日に処理・発送(普通郵便)を行います。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。

●被保険者が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

●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。

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。

◎70歳未満の自己負担限度額

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
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
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
標準報酬月額 26万円以下の方	57,600円	44,400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。

●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。

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 適用係

TEL 03(3862)1055