

# 健康保険限度額適用認定証交付申請書

注) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

ご記入後、必ず会社(事業所担当者様)へ提出して下さい。				申請日	令和 年 月 日
				健康保険被保険者証	記号
被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証				昭和 平成 年 月 日
	現住所	〒 -			
	所属事業所名				
	対象者	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生	被保険者との続柄
	療養を受ける(受けた)	名称			
	保険医療機関	所在地	電話番号		
	認定証必要見込期間(入院/通院予定期間)	令和 年 月 日より概ね	日間 ヶ月間		
希望する認定証送付先	※認定証送付を希望する宛先は左記□欄に印を、その住所を下記にご記入下さい。				
<input type="checkbox"/> 自宅(又は家族の居住地) <input type="checkbox"/> 職場(ビル名・所属部署名) <input type="checkbox"/> 入院先病室気付(病室No) <input type="checkbox"/> その他( )	〒 -	連絡先電話番号			
事業所欄	事業所所在地	〒			
	事業所名称				
	事業主氏名				

## 【自己負担限度額】

所得区分(標準報酬月額)	ひと月あたりの自己負担限度額	4ヶ月目以降(多数該当)
7 (7) 標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1%	140,100円
0 (1) // 53万円~79万円	167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1%	93,000円
歳 (2) // 28万円~50万円	80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1%	44,400円
未 (3) // 26万円以下	57,600円	44,400円
満 (4) 低所得者(住民税非課税世帯)	35,400円	24,600円

## \*健保使用欄

交付決議			
発効年月日	令和 年 月 日 ※月途中の申請でも発行日はその月の1日になります	発送日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日 ※必要見込みの月の末日になります	発送方法	社内便・簡易書留・宅配便
適用区分	ア・イ・ウ・エ	決済日	令和 年 月 日

健保受付日付印