健康保険限度額適用認定証交付申請書

※マイナ保険証を利用すると「限度額適用認定証」の申請が不要になります

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

被保険者欄

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	
被保険者等記号・番号	記　号	番　　号	被保険者（申請者）の氏名 生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生	
現　住　所	〒　　－ メールアドレス 携帯電話番号 自宅電話番号				
所属事業所名					
対　象　者	氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生 令和	被保険者との続柄
療養を受ける（受けた）保険医療機関	名称				
	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	
	※注意※ **・発効年月日は、申請書を健保で受領した月の初日となり、前月を遡っての申請・発行はできません。** **・認定期間は最長１年間です。継続希望の場合は再度申請が必要です。** **・有効期限内であれば、受診する医療機関等の変更、申請時と異なる傷病での受診でも使用できます。**				
希望する認定証送付先 □自宅（又は家族の居住地） □職場（ビル名・所属部署名） □入院先病室気付（病室No） □その他（　　）	**※認定証送付を希望する宛先は左記□欄にレ印を、その住所を下記にご記入下さい。** 〒　　－ 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）
70歳未満	(ア) 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
	(イ) 〃 53万円～79万円	167,400円+（総医療費-558,000円）×1%	93,000円
	(ウ) 〃 28万円～50万円	80,100円+（総医療費-267,000円）×1%	44,400円
	(エ) 〃 26万円以下	57,600円	44,400円
	(オ) 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

内田洋行健康保険組合　　令和6年12月改定