

記入例

K-601 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 限度額適用認定申請書

【注意事項】

- 原則として提出日の属する月の1日より有効の認定証を交付します。
- 限度額適用認定証の有効期限は、発効日より最長9ヶ月です。
- 70歳以上で自己負担の割合が「2割(または1割)」の方は申請不要です。

※太枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

| | | | | |
|------------------|--|---|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | 提出日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | 備考 | |
| 被 保 険 者 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 番号 1 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 | 被保険者 氏名 | (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美 |
| | 事業所 (会社)名称 | 株式会社〇〇〇〇〇 | 所属・電話 | 〇〇課 (TEL: 000-000-0000) |
| 2 | 被保険者 住所 (連絡先) | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 (TEL: 000-000-0000) | ※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください | |
| | 対象者氏名 (療養を受ける人) | (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美 | 被保険者 との続柄 | 本人 |
| 3 | 認定希望月 (いずれかに) | <input checked="" type="checkbox"/> 当月(提出日の属する月)より有効の認定証を希望 <input type="checkbox"/> 翌月より有効の認定証を希望 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 5 5 0 4 0 1 |
| | 対象者の 傷病の原因 (いずれかに) | 1. 第三者の行為(交通事故・暴力行為等)に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2. 通勤途中または業務中のものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※上記1または2で「はい」に該当する方は、 「いいえ」の場合、⑥は記入不要です | | |
| 4 | 医療費助成 の有無 (いずれかに) | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 | 「はい」または「申請中」の場合、⑥を記入してください | |
| | 医療費 助成制度の名称 (いずれかに) | <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他 ※()に助成制度の名称をご記入ください <input type="checkbox"/> 特定疾患医療 | | |
| 5 | 6 | 受給者証を交付した 市区町村名(都道府県名) | 公費負担者番号(8桁) | |
| | 受給者証の有効期間 ※申請中の場合は記入不要です | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| 7 | 認定証の 送付先 ※被保険者住所 と同じ場合は 記入不要です | 受取人 氏名 | 被保険者 との続柄 | 受取人 連絡先 TEL: |

※認定証は、「簡易書留」にて送付いたします。

病院等への送付を希望する場合は、病院の住所だけでなく
病院名・病棟・病室番号も必ず明記してください

次のような場合に、この申請書をご使用ください。

「限度額適用認定証」の交付を申請するとき

※「限度額適用認定証」について

入院等により窓口負担が高額になる場合、窓口負担を**高額療養費の自己負担限度額(下表のとおり)まで軽減できる制度**があります。

この制度を利用するためには、事前に健保組合へ申請し、「限度額適用認定証」の交付を受ける必要があります。

＜自己負担限度額＞ 下表に該当する方は、限度額適用認定証の申請ができます。

| 対象者 | 標準報酬月額 | 月単位の自己負担限度額 | 4ヶ月目以降 | 認定証の 適用区分 |
|-----|-----------|--------------------------------|---------|--------------|
| | | | 70歳未満の方 | |
| | 53万円~79万円 | 167,400円 + (医療費-558,000円) × 1% | 93,000円 | イ |
| | 28万円~50万円 | 80,100円 + (医療費-267,000円) × 1% | 44,400円 | ウ |
| | 26万円以下 | 57,600円 | 44,400円 | エ |

| 対象者 | 標準報酬月額 | 月単位の自己負担限度額 | 4ヶ月目以降 | 認定証の 適用区分 |
|-----|-----------|-------------------------------|-------------------------------|--------------|
| | | | 70歳以上で、 自己負担の割合が 「3割」の方 | |
| | 28万円~50万円 | 80,100円 + (医療費-267,000円) × 1% | 44,400円 | 現役並みⅠ |

◆ 注意事項

① この制度を利用しない場合、窓口で自己負担(3割等)を支払うこととなりますが、診療月の3ヶ月後以降に、高額療養費および付加金が自動給付されますので**最終的な自己負担額は変わりません**。

② 70歳以上で、下記に該当する方は、限度額適用認定証の申請は不要です。

＜従業員またはその家族＞

- 自己負担の割合が「3割」で、標準報酬月額が「83万円以上」の方
- 自己負担の割合が「2割(または1割)」の方

＜任意継続または特例退職加入の本人・家族＞

- 自己負担の割合が「2割(または1割)」の方

◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 健保組合へ申請書を送付する日を記入してください。
- 被保険者の居住している住所を記入してください。
- 療養を受ける人の氏名、続柄、生年月日を記入してください。
- いずれかにチェック(✓)を記入してください。
※「はい」に該当する場合は事前に健保組合までご連絡ください。
- いずれかにチェック(✓)を記入してください。
- ⑤で「はい」または「申請中」に該当する場合は、助成内容の詳細を記入してください。
- 被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください。
* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 送付先

健保組合に送付してください。(送付先住所は、被保険者証の「保険者所在地」に記載)
なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。