

# 健康保険 限度額適用認定申請書

以下の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号		事業所の名称			
	氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 ー			電話番号(日中の連絡先) ( )	

認 定 対 象 者	氏名 <small>療養を受ける方</small>		続柄	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	限度額証 使用開始月 <small>必ずご記入 ください。</small>	令和 年 月から 医療費が高額となり、限度額証が 必要となる月。	●第三者の行為(交通事故等)、通勤・業務中(労災等)の傷病ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 事前に健保組合へご連絡ください。 ●国や地方自治体から医療費の助成を受けていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中		

送 付 希 望 先	上記被保険者情報に記入した住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。 ※会社や病院宛の場合は、送付先の承諾が必要です。会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等を正確にご記入ください。				
	住所	〒 ー			
	宛名				
	電話番号(日中の連絡先)	( )			

申 請 代 行 者 欄	やむを得ず被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。				
	氏名				●申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )
	電話番号(日中の連絡先)	( )			●被保険者との関係 ( )

※被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記入してください。  
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

備考欄

## 【注意事項】

- 70歳以上の方、被保険者が住民税非課税の方は申請前にご連絡ください。
- 認定証の送付は原則申請書を受理した日から翌々(2日)営業日に簡易書留で発送いたします。
- 有効期限に達したときは、再度申請が必要となります。使用する予定のない認定証はすみやかにご返却ください。

## 【申請書送付先・問合せ先】

〒171-0022 東京都豊島区南池袋 1-10-13 荒井ビル 2階  
パレット健康保険組合 TEL03-3984-7171  
FAX03-3987-4498

本書面および添付書類に記載された内容や本申請において  
知り得た個人情報について他の目的のために利用したり  
第三者に提供することはありません。

【受付日付印】

常務理事	事務長			



# 「健康保険限度額適用認定申請書」について

医療費が高額になるとき、「限度額認定証」を提示することにより医療機関での窓口負担額が所得区分に応じた自己負担限度額（下表）までで済み、窓口の支払いを軽減することができます。

「健康保険限度額適用認定申請書」に必要事項をご記入の上、当組合宛に郵送等で送付下さい。到着後2～3日で「限度額認定証」を簡易書留にて送付いたします。健康保険証と一緒に「限度額認定証」を医療機関窓口に提示してください。

## ●申請時の注意点（記入例を参照ください）

### ①「限度額証開始月」をご記入下さい。

- ・医療費が高額（入院・通院）となり、限度額認定証を使用される月をご記入ください。限度額認定証の使用の延長をご希望される場合は有効期限の翌月をご記入ください。

### ②第三者行為、通勤・業務中の有無についてチェックをお願いします。

- ・第三者行為（交通事故）、労災（通勤・業務中）に該当の場合、当組合まで事前にご連絡下さい。  
\*労働災害による傷病は、健康保険適用外です。

### ③国や地方自治体から医療費の助成の有無についてチェックをお願いします。

- ・医療費助成制度により、自己負担額が軽減される方、又は自己負担額が国や自治体から還付される方について確認させて頂いておりますので該当の有無に関わらず必ずご記入下さい。

## ●受診時の注意点

- ・医療費清算後に「限度額認定証」を提示しても適用されない場合がありますのでご注意ください。適用されなかった場合、後日、自己負担限度額を超えた分が払い戻しされます。申請は不要です。診療月から約4ヵ月後に事業所を経由して支給されます。

## ●その他

- ・限度額適用認定申請書に記入漏れ等がある場合は、お電話にて確認させて頂くことがありますので、ご了承ください。
- ・使用開始月が翌月以降の場合は、使用開始前月の約10日前より発送いたします。

## 自己負担限度額（月額）※1

区分（適用区分） ※2	3回目まで	4回目以降 ※3
ア 標準報酬月額 83万円以上	252,600円+（医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%）	140,100円
イ 標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円+（医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%）	93,000円
ウ 標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円+（医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%）	44,400円
エ 標準報酬月額 26万円以下	57,600円	44,400円
オ 住民税非課税世帯 *住民税非課税証明書が必要	35,400円	24,600円

※1 診療月ごと、受診者ごと、病院ごと（入院・外来別、医科・歯科別）、薬局ごとに算定します。

※2 70歳以上の方、被保険者が非課税の方は申請前に下記担当までご連絡ください。

※3 過去1年間に、4回以上高額療養費が支給される場合、4回目から限度額が軽減されます。

- 「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。
- 差額ベッド代、食事代等は適用対象外です。