

申請書名	限度額適用認定申請書																																																																																																																							
目的	◇マイナ保険証で受診すればこの申請は省略できるが、被保険者が住民税非課税者の場合は申請が必要となる。 ※市区町村民税非課税者（上位所得者・現役並み所得者を除く）は「健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書」の提出が必要です ◇マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナ保険証として利用登録されていない方、「資格確認書」の交付を受けている方が受診するとき、医療機関の窓口負担が高額療養費の自己負担限度までとなる手続き。（70歳以上で2割負担者及び月額83万円以上の方は、すでに交付済みの高齢受給者証を提示することで限度額までの負担となるため申請は不要） ◇申請により、「限度額適用認定証」が発行されるため、窓口で提示する。																																																																																																																							
提出締切	◇高額な医療費が発生する可能性が高いとき。（入院するとき等） なお、原則健康保険組合到着日の属する月の1日が発効期日となる。																																																																																																																							
【記入見本】 *市区町村民税の非課税者（低所得者）は別用紙となります。																																																																																																																								
【第一生命従業員（キャリアローテーション者含む）】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由 第一生命健康保険組合 御中 (市区町村民税の課税者用) ※住民税非課税者は申請書が異なります。 健康保険限度額適用認定申請書 ※「マイナ保険証で受診する方」・「70歳以上で2割負担者及び月額83万円以上の方」は申請は不要です。 (ただし、被保険者が住民税非課税者の場合は「健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書」が必要です) ※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください <table border="1"> <tr> <td>健康保険の資格情報</td> <td>記号</td> <td>2</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>番号</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> <td>×</td> </tr> <tr> <td>被保険者</td> <td>フリガナ氏名</td> <td colspan="4">ダイイチ リョウコ 第一 良子</td> <td>フリガナ氏名</td> <td colspan="4">ダイイチ ハナコ 第一 花子</td> <td colspan="4">被保険者との続柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td colspan="4">昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日</td> <td>生年月日</td> <td colspan="4">昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日</td> <td>年齢</td> <td colspan="2">9 歳</td> </tr> <tr> <td>被保険者(適用対象者)の住所</td> <td colspan="14">〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇 都道府県 〇〇 市区郡 〇〇××-1-2-3</td> </tr> <tr> <td>緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合</td> <td colspan="14"> ☒ 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) ☐ 左記郵送を希望する理由 ☒ 入院中(入院間近) ☐ 休務中 ☐ 自宅以外滞在中 </td> </tr> <tr> <td>日中の連絡先TEL</td> <td colspan="14">TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td>入院、通院開始年月日(見込みで記入可)</td> <td colspan="14">令和 〇年 〇月 〇〇日</td> </tr> <tr> <td colspan="14"> ☒ 新規 ☐ 継続 ※紛失の場合は下記(注)4参照 </td> </tr> </table> 上記のとおり、健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 (注) 1. 健康保険組合到着日の属する月の1日が適用発効日となります。 健康保険組合到着日の属する月の1日が適用発効日となります。 お手持ちの「健康保険限度額適用認定証」の有効期限が到来するため継続する場合は、「継続」にチェック 4. 有効期限内の認定証を紛失した場合は、こちらの申請書ではなく「健康保険資格確認書等発行申請書」を提出してください。 5. 有効期限内の認定証であれば、他の医療機関、院外調剤薬局でも繰り返し使用可能です。 被保険者が入院中等で記入できないときは、家族が代筆してもよい。 その場合は余白に代筆の旨記入する。 記入例：「被保険者が入院中につき記入出来ないため 第一 太郎（夫）が代筆」		健康保険の資格情報	記号	2	×	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×	×	被保険者	フリガナ氏名	ダイイチ リョウコ 第一 良子				フリガナ氏名	ダイイチ ハナコ 第一 花子				被保険者との続柄					生年月日	昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日				生年月日	昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日				年齢	9 歳		被保険者(適用対象者)の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇 都道府県 〇〇 市区郡 〇〇××-1-2-3														緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合	☒ 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) ☐ 左記郵送を希望する理由 ☒ 入院中(入院間近) ☐ 休務中 ☐ 自宅以外滞在中														日中の連絡先TEL	TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇														入院、通院開始年月日(見込みで記入可)	令和 〇年 〇月 〇〇日														☒ 新規 ☐ 継続 ※紛失の場合は下記(注)4参照													
健康保険の資格情報	記号	2	×	×	×	×	番号	1	0	×	×	×	×	×	×																																																																																																									
被保険者	フリガナ氏名	ダイイチ リョウコ 第一 良子				フリガナ氏名	ダイイチ ハナコ 第一 花子				被保険者との続柄																																																																																																													
	生年月日	昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日				生年月日	昭和 平成 令和 ××年 ×月 ×日				年齢	9 歳																																																																																																												
被保険者(適用対象者)の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇 都道府県 〇〇 市区郡 〇〇××-1-2-3																																																																																																																							
緊急等の理由で所属以外の送付先を希望する場合	☒ 上記自宅住所に郵送(本人宛簡易書留のみ) ☐ 左記郵送を希望する理由 ☒ 入院中(入院間近) ☐ 休務中 ☐ 自宅以外滞在中																																																																																																																							
日中の連絡先TEL	TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇																																																																																																																							
入院、通院開始年月日(見込みで記入可)	令和 〇年 〇月 〇〇日																																																																																																																							
☒ 新規 ☐ 継続 ※紛失の場合は下記(注)4参照																																																																																																																								

添付書類	なし
------	----

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	所属またはグループ会社名	被保険者の所属 部、支社（営業オフィス）、グループ会社名を記入する。
②	健康保険の資格情報 被保険者氏名・生年月日	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1. 「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2. 「資格情報のお知らせ」 3. 「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者本人氏名、生年月日を記入する。
③	適用対象者氏名・生年月日等	今回受診した（する）該当者と生年月日等を記入する。
④	被保険者（適用対象者）の住所	適用対象者の住所を記入する。 ※認定証の送付先は、 <u>一般被保険者の方は、原則、所属宛送付となります。</u> 但し、グループ会社の方は総務宛、任意継続、特例退職の方は自宅宛送付となります。
⑤	所属以外の送付先を希望する場合 その希望する理由 送付先住所	<u>緊急等の理由で認定証の送付先を下記の通り変更する場合のみ記入する。</u> ◇一般被保険者が所属以外を希望する場合 ◇任意継続、特例退職者が自宅住所以外を希望する場合 ※病院を指定する場合は必ず「号室」まで記入ください。
⑥	日中の連絡先	日中の連絡先電話番号を記入する。（事務センターまたは健保組合が緊急で連絡を取りたい時の連絡先）
⑦	入院、通院開始年月日	受診開始日を記入する。（見込みで可）
⑧	新規・継続	「新規」か「継続」かチェックする。 お手持ちの「限度額適用認定証」の有効期限が到来するため、継続する場合は「継続」にチェックする。

【限度額認定証 見本】

健康保険限度額適用認定証	
令和 ×× 年 × 月 × 日交付	
被 保 険 者	記号 2××× 番号 10×××××
	氏名 第一 良子
	生年月日 昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日
適 用 対 象 者	氏名 第一 花子
	生年月日 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日
	住所
発効年月日 令和 ×× 年 × 月 × 日	
有効期限 令和 ×× 年 × 月 × 日	
適用区分 工	
保 険 者	所在地 東京都▲▲▲▲▲
	保険者番号 06130660
	名称 第一生命健康保険組合 及び印

申請が受理されると、健康保険組合から後日、左図のような認定証を送付します。受診の際は医療機関窓口へご提示願います。

有効期限がありますのでご注意ください！ 期限を過ぎても交付を受けたい場合は、再度申請願います。

※認定証に印字されている区分によって自己負担限度額が異なります。（次ページ表参照）

**（注意）有効期限の経過や資格喪失した限度額適用認定証は健保組合へ返却願います！
万一、紛失した場合は「資格確認書等発行申請書」を提出していただくことになります。**

【高額療養費の自己負担限度額】

70歳未満

適用区分	標準報酬月額	自己負担限度額
上位所得者	ア 83万円以上	252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% [多数該当 140,100円]※1
	イ 53万～79万円	167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% [多数該当 93,000円]※1
一般所得者	ウ 28万～50万円	80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% [多数該当 44,400円]※1
	エ 26万円以下	57,600円 [多数該当 44,400円]※1
低所得者	オ 市区町村民税 の非課税者	35,400円 [多数該当 24,600円]※1

70歳以上(2018.8月以降)

適用区分	標準報酬月額	外来 (個人ごと)	外来＋入院 (世帯ごと)
現役並み所得者	Ⅲ 83万円以上 (高齢受給者証3割負担)	252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% [多数該当 140,100円]※1	
	Ⅱ 53万～79万円 (高齢受給者証3割負担)	167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% [多数該当 93,000円]※1	
	Ⅰ 28万～50万円※2 (高齢受給者証3割負担)	80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% [多数該当 44,400円]※1	
一般所得者		18,000円 年間上限14.4万円 (前年8月～7月)	57,600円 [多数該当 44,400円]※1
低所得者	Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (所得が一定基準以下)		15,000円

※1 過去12ヶ月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」となり、上限額が下がります。

※2 特例退職者は現役並み所得者Ⅰに区分されます。但し、※3に該当する場合は申請により一般所得者となります。

※3 70歳以上の被保険者・被扶養者の世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含まれます。

※入院中の食事代、健康保険の適用とならない実費分、諸雑費は上記自己負担限度額とは別にお支払ください。

Q & A

Q 1. 申請が遅れてしまい、すでに入院して日付が経ってしまったのですが・・・。

A 1. 適用発効日は、健康保険組合到着月の属する1日となるため、到着前月より入院されていた場合は、前月分の限度額適用は受けられません。窓口で通常の3割(小学校入学前は2割)をお支払いください。後日(約3ヵ月後)、健康保険組合から還付されます。
申請月以降の分は、窓口で上記認定証を提示すれば、限度額適用となりますので、窓口負担が軽減されます。

Q 2. 入院する際は、必ず申請しなければいけないのでしょうか？

A 2. 受診月の支払額が、上記自己負担限度額未満であれば、申請の必要はありません。
限度額を超えて窓口負担されても、後日、健康保険組合から還付されます。
オンライン資格確認導入済みの医療機関でマイナ保険証を使用して受診する場合、限度額認定証を提示しなくても、当該医療機関窓口で本人が同意すれば高額療養費制度に基づき窓口での支払いが減額されますので、限度額認定証を申請する必要はありません。

Q 3. 認定証をすでに持っていますが、別の病院でもこの認定証は使用出来ますか？

A 3. 有効期限内の認定証であれば、他の医療機関、院外調剤薬局でも繰り返し使用可能です。

Q 4. 医療機関へ提示したいのですが、認定証を紛失してしまいました。再度、限度額適用認定申請書を提出すればよいですか？

A 4. 認定証を紛失した場合は、認定申請書ではなく「健康保険資格確認書等発行申請書」を提出願います。

R6.12 月改訂