

※記入しないでください。 同年月日 令和 年 月 日

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

健康保険限度額適用認定証交付申請書

太枠内をご記入ください。

健康保険の		記号	9900		番号	
被保険者	氏名	Ⓜ		事業所	名称	任意継続
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	所在地	〒 - 電話 ()	
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女	
交付必要期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
被保険者の住所		〒 - 連絡先(携帯等) ()				
認定証の送付先 ご希望の送付先を○で囲んで下さい。		被保険者の住所		その他*		
*その他の場合は、送付先の住所・氏名をご記入下さい。	住所	〒 -				
	氏名					

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。

◎受付した日の属する月の1日から最長で1年間有効となる証が交付されます。

※健保記入欄

発効年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II
-------	-------	------	-------	------	-----------------

受付日付印

健康保険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へ記載してください

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2025.10

限度額適用認定証の交付の流れ

入院または高額な外来治療を受ける方

↓
被保険者は、事前に健康保険組合へ
限度額適用認定証の交付を申請します。

↓
健康保険組合から
限度額適用認定証が交付されます。

↓
医療機関の窓口へ
「保険証」と「認定証」を提示します。

↓
同一医療機関での同一月の窓口負担が
自己負担限度額までとなります。
入院と外来、調剤、医科と歯科は別計算です。

健康保険限度額適用認定証			
			年 月 日 交付
被 保 険 者	記号	番号	
	氏名		男女
適 用 対 象 者	生年月日	年 月 日	
	氏名		男女
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	発効年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	適用区分		
保 険 者	所在地		
	保険者 番号 名称 及び印		

● 70歳未満の自己負担限度額

〈 〉は4月目～

	所得区分	自己負担限度額(世帯ごと)
ア	(標準報酬月額) 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈140,100円〉
イ	(標準報酬月額) 53万円～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈93,000円〉
ウ	(標準報酬月額) 28万円～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈44,400円〉
エ	(標準報酬月額) 26万円以下	57,600円 〈44,400円〉
オ	住民税非課税者等	35,400円 〈24,600円〉

● 70歳以上の自己負担限度額

〈 〉は4月目～

	所得区分	世帯ごと	
		個人ごと(通院)	(入院を含む)
Ⅲ	(標準報酬月額) 83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈140,100円〉	
Ⅱ	(標準報酬月額) 53万円～79万円	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈93,000円〉	
Ⅰ	(標準報酬月額) 28万円～50万円	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈44,400円〉	
一 般	(標準報酬月額) 26万円以下	18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 〈44,400円〉
低所得者Ⅱ	住民税非課税者等	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ	住民税非課税者等		15,000円

※自己負担限度額の算出方法は健康保険法によります。

※ 一部負担還元金・家族高額療養費付加金については、別途申請が必要となります。