

| 健康保険処理欄 | | | | |
|---------|----------|------|-----|---|
| 伺年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 交付月日 | 令和 年 月 日 | | | |

By using your My Number Card(Individual Number Card), you don't need to apply for a Maximum Co-payment Certificate.
You should use your My Number Card!

健康保険限度額適用認定申請書

Application form for issuance of Maximum Co-payment Certificate for Health Insurance

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------------------------------|
| ①申請日 Application date MM/DD/YYYY | | ②被保険者証 Code & Number of your health insurance card | | 記号 code | □1 □2 □3 □5 □6 □888 |
| ③被保険者 Insured person | | 氏名 name | 生年月日 date of birth MM/DD/YYYY | 番号 number | |
| ④被保険者の住所 Home address | | 〒 | ご連絡先(TEL/Email address) | | |
| ⑤適用対象者 Applicant | | 氏名 name | 生年月日 date of birth MM/DD/YYYY | | |
| ⑥送付先住所 ※被保険者の住所と異なる 住所に送付希望の場合 Mailing address *If you send it to a different address than ④. | | 〒 | ご連絡先(TEL/Email address) | | |
| ⑦入院/通院 予定期間 Expected period of usage MM/DD/YYYY | | ~ | | | |
| ⑧入院/通院の理由 Reason | | <input type="checkbox"/> 病気/sick <input type="checkbox"/> 怪我/injury <input type="checkbox"/> 出産/childbirth | ⑨第三者によるもの か? Was the sick/injury caused by a third party? | <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No | ⑩けがの 場合の理由 Reason for injury |

70歳未満の方が入院・通院されたときの窓口負担額を自己負担限度額までとするときに医療機関の窓口に表示する「健康保険限度額適用認定証」(以下「認定証」という)の発行を希望される場合にこの申請書を提出してください。

「認定証」の取扱注意事項

- 「認定証」発行後に下記に該当したときは、再度申請書を提出していただきます。
 - ・交付された「認定証」の有効期限後も、「認定証」が必要な場合
- 次のいずれかに該当したときは、すみやかに「認定証」を返却してください。
 - ①被保険者資格を喪失したとき
 - ②適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき
 - ③適用対象者である被保険者または被扶養者が70歳に達する月の翌月に至ったとき
 - ④「認定証」の有効期限に達したとき
 - ⑤新たに「認定証」が発行されたとき
- 保険医療機関等から入院医療等を受ける際には、保険医療機関等の窓口に表示された「認定証」を提示してください。

自己負担限度額の算出方法

| 区分 | 標準報酬月額 | 自己負担限度額 |
|----|---------|-----------------------------|
| ア | 83万円以上 | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% |
| イ | 53~79万円 | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% |
| ウ | 28~50万円 | 80,100円+(総医療費-267,000)×1% |
| エ | 26万円以下 | 57,600円 |