

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定申請書

### ご申請の前に

「マイナ保険証」(※)をお持ちの方は、この申請は不要です。(受診される医療機関にもご確認ください)

※ 健康保険の情報が紐づけられている「マイナンバーカード」

### ①【被保険者情報】

被保険者証記号-番号	—	所属事業所名 (会社名)	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
被保険者の住所	〒 —		
電話番号(日中連絡先)			

### ②【認定対象者欄】

対象者氏名		生年月日	年 月 日
申請期間 (療養予定期間)	令和 年 月 1日 ~ 令和 年 月 末日 ※申請月の初日~最長6ヶ月の範囲内でご希望いただけます(1ヶ月単位)。		
傷病原因について <small>※業務災害・通勤災害による場合は健康保険対象外です。また、第三者の行為による場合は別途届出を要します。</small>	1.けがなど外傷性の傷病ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 2.業務中もしくは通勤途上での負傷ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3.第三者の行為(交通事故や暴力行為等)に該当しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 上記1.ではいいに該当→別途「負傷原因届」をご提出ください。 上記2.3.ではいいに該当→事前に健康保険組合へご連絡ください。		

### ③【受取方法・希望送付先】 ※受取方法選択のうえ、dを選択時は送付先をご記入ください。

受取方法 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> a.松竹健康保険組合窓口(東劇ビル14階)にて受取 <input type="checkbox"/> b.所属事業所経由で受取 <input type="checkbox"/> c.健康保険組合に登録された自宅住所へ送付(上記住所と同一) <input type="checkbox"/> d.その他(a~c以外)へ送付→下記希望送付先欄にご記入ください。		
dを選択時	希望送付先住所	〒 —	
	宛名(受取人氏名) /被保険者との関係	/	受取人の連絡先 (被保険者以外の場合)

### ④【申請代行者欄】 ※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請者代行者氏名		被保険者との関係	
電話番号(日中連絡先)		代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請できない為 <input type="checkbox"/> その他( )

### 【注意事項等】

- ご自宅・希望先住所への送付は、原則特定記録での郵送となります。
- 申請代行者による申請の場合は、①被保険者情報「被保険者氏名・印」欄への押印は不要です(氏名のみご記入ください)。
- 対象者が70歳以上で、被保険者の所得区分が「現役並みⅢ」「一般所得者」「低所得者」に該当する場合は申請不要です(区分は裏面にて確認ください)。

受付日付印

## ◆限度額適用認定証について◆

### <概要・区分等について>

- ご入院や手術等で医療費が高額になることが見込まれる場合に、予め当組合より「限度額適用認定証」の交付を受け、保険証とともに認定証を医療機関に提出すると、窓口負担額(※1)を自己負担限度額(※2)までにとどめることができます。

※1:「窓口負担額」(一部負担金)は、年齢等に応じて健康保険適用の総医療費の2～3割です。

年齢	負担割合
小学校入学前(未就学児)	2割
小学校入学以降70歳未満	3割
70歳以上75歳未満	2割(被保険者が現役並み所得者の場合は3割)

※2:自己負担限度額は、年齢と所得区分に応じて下記のように定められています。  
自己負担限度額は人毎・月毎・医療機関(医科・歯科別)毎・入院/外来毎に、別々に計算されます。  
また、差額ベッド代や食事代自己負担分等、保険適用外の医療費分については、窓口軽減の対象外です。

#### 【70歳未満の方】

被保険者の所得区分		自己負担限度額	多数該当(注1)
ア	標準報酬月額83万以上	25万2,600円+(医療費-84万2,000円)×1%	14万100円
イ	標準報酬月額53～79万円	16万7,400円+(医療費-55万8,000円)×1%	9万3,000円
ウ	標準報酬月額28～50万円	8万100円+(医療費-26万7,000円)×1%	4万4,400円
エ	標準報酬月額26万円以下	5万7,600円	4万4,401円
オ	低所得者 注2 (被保険者が市町村民税の非課税者等)	3万5,400円	2万4,600円

注1:直近12ヵ月間に3ヵ月以上高額療養費に該当した場合、4ヵ月目からは「多数該当」となり自己負担限度額が引き下げられます。(ただし、医療機関が変わった場合等、認定証による軽減に反映されない場合があります。)

注2:標準報酬月額が上記アまたはイに該当する場合は、市区町村民税が非課税であっても「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

#### 【70歳以上75歳未満の方】

被保険者の所得区分		自己負担限度額		認定証
		個人ごと(外来)	世帯ごと(外来+入院)	
①現役並み所得者 (高齢受給者証の負担割合が3割)	現役並みⅢ 標準報酬月額83万以上	25万2,600円+(医療費-84万2,000円)×1% [多数該当:14万100円]		不要
	現役並みⅡ 標準報酬月額53～79万円	16万7,400円+(医療費-55万8,000円)×1% [多数該当:9万3,000円]		要
	現役並みⅠ 標準報酬月額28～50万円	8万100円+(医療費-26万7,000円)×1% [多数該当:4万4,400円]		要
②一般所得者 標準報酬月額26万円以下 (①及び③以外/高齢受給者証の負担割合が2割)		1万8,000円 (年間上限14万4000円)	5万7,600円 [多数該当:4万4,400円]	不要
③低所得者 (高齢受給者証の負担割合が2割)	低所得者Ⅱ 被保険者が市町村民税の非課税者等	8,000円	2万4,600円	不要
	低所得者Ⅱ 被保険者が市町村民税の非課税者等		1万5,000円	不要

:対象者が70歳以上で、被保険者の所得区分が「現役並みⅢ」「一般所得者」「低所得者Ⅰ・Ⅱ」(網掛箇所)に該当する場合は、高齢受給者証を提示することで窓口負担額の軽減が受けられるため、認定証の申請は不要です。

### <提出方法・注意事項等>

- 書類内の必要事項欄内に全て入力し印刷、または印刷した用紙にボールペンで記入のうえ、松竹健康保険組合まで郵送で送付するか窓口にてご提出ください。

# 【記入例(本人申請)】

常務理事	事務長	担当
健康保険組合の記載欄		

## 健康保険 限度額適用認定申請書

### ご申請の前に

「マイナ保険証」(※)をお持ちの方は、この申請は不要です。(受診される医療機関にもご確認ください)

※ 健康保険の情報が紐づけられている「マイナンバーカード」

### ①【被保険者情報】

被保険者証記号-番号	1 - 23456	所属事業所名 (会社名)	松竹株式会社
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和40 年 1 月 1 日
被保険者の住所	〒 123 - 4567 東京都中央区△△1-2-3		
電話番号(日中連絡先)	080-XXXX-XXXX		

### ②【認定対象者欄】

対象者氏名	健保 花子	生年月日	昭和42 年 2 月 2 日
申請期間 (療養予定期間)	令和 2 年 3 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月末日 ※申請月の初日~最長6ヶ月の範囲内でご希望いただけます(1ヶ月単位)。		
傷病原因について <small>※業務災害・通勤災害による場合は健康保険対象外です。また、第三者の行為による場合は別途届出を要します。</small>	1.けがなど外傷性の傷病ですか? 2.業務中もしくは通勤途上での負傷ですか? 3.第三者の行為(交通事故や暴力行為等)に該当しますか? 上記1.ではいいに該当→別途「負傷原因届」をご提出ください。 上記2.3.ではいいに該当→事前に健康保険組合へご連絡ください		

はい  いいえ  
 はい  いいえ  
 はい  いいえ

### ③【受取方法・希望送付先】 ※受取方法選択のうえ、dを選択時は送付先をご記入ください

受取方法 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> a.松竹健康保険組合窓口(東劇ビル14階)にて受取 <input type="checkbox"/> b.所属事業所経由で受取 <input checked="" type="checkbox"/> c.健康保険組合に登録された自宅住所へ送付(上記住所と同一) <input type="checkbox"/> d.その他(a~c以外)へ送付→下記希望送付先欄にご記入ください。		
dを選択時	希望送付先住所	宛名(受取人氏名) /被保険者との関係	受取人の連絡先 (被保険者以外の場合)

該当にチェックのうえ  
肺の場合は左記の通り  
書類添付あるいはご連絡  
をお願いします。

該当にチェックのうえ  
dの場合は希望送付先  
をご記入ください。

### ④【申請代行者欄】 ※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請者代行者氏名	被保険者との関係	代行の理由
電話番号(日中連絡先)		<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請できない為 <input type="checkbox"/> その他( )

### 【注意事項等】

- ご自宅・希望先住所への送付は、原則特定記録での郵送となります。
- 申請代行者による申請の場合は、①被保険者情報「被保険者氏名・印」欄への押印は不要です(氏名のみご記入ください)。
- 対象者が70歳以上で、被保険者の所得区分が「現役並みⅢ」「一般所得者」「低所得者」に該当する場合は申請不要です(区分は裏面にて確認ください)。

受付日付印

# 【記入例(代行申請)】

常務理事	事務長	担当
健康保険組合の記載欄		

## 健康保険 限度額適用認定申請書

### ご申請の前に

「マイナ保険証」(※)をお持ちの方は、この申請は不要です。(受診される医療機関にもご確認ください)

※ 健康保険の情報が紐づけられている「マイナンバーカード」

### ①【被保険者情報】

被保険者証記号-番号	1 - 23456	所属事業所名(会社名)	松竹株式会社
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和40 年 1 月 1 日
被保険者の住所	〒 123 - 4567 東京都中央区△△1-2-3		
電話番号(日中連絡先)	080-XXXX-XXXX		

### ②【認定対象者欄】

対象者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和40 年 1 月 1 日
申請期間(療養予定期間)	令和 2 年 3 月 1 日 ~ 令和 2 年 5 月末日 ※申請月の初日~最長6ヶ月の範囲内でご希望いただけます(1ヶ月単位)。		
傷病原因について	1.けがなど外傷性の傷病ですか? 2.業務中もしくは通勤途上での負傷ですか? 3.第三者の行為(交通事故や暴力行為等)に該当しますか? 上記1.ではいいに該当→別途「負傷原因届」をご提出ください。 上記2.3.ではいいに該当→事前に健康保険組合へご連絡ください。		

はい  いいえ  
 はい  いいえ  
 はい  いいえ

### ③【受取方法・希望送付先】 ※受取方法選択のうえ、dを選択時は送付先をご記入ください

受取方法(チェック必須)	<input type="checkbox"/> a.松竹健康保険組合窓口(東劇ビル14階)にて受取 <input checked="" type="checkbox"/> b.所属事業所経由で受取 <input type="checkbox"/> c.健康保険組合に登録された自宅住所へ送付(上記住所と同一) <input type="checkbox"/> d.その他(a~c以外)へ送付→下記希望送付先欄にご記入ください。		
dを選択時	希望送付先住所	宛名(受取人氏名)/被保険者との関係	受取人の連絡先(被保険者以外の場合)

該当にチェックのうえ、肺の場合は左記の通り書類添付あるいはご連絡をお願いします。

該当にチェックのうえ、dの場合は希望送付先をご記入ください。

### ④【申請代行者欄】 ※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請者代行者氏名	健康 守	被保険者との関係	事業所社保担当
電話番号(日中連絡先)	03-XXXX-XXXX	代行者の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請できない為 <input type="checkbox"/> その他

### 【注意事項等】

- ご自宅・希望先住所への送付は、原則特定記録での郵送となります。
- 申請代行者による申請の場合は、①被保険者情報「被保険者氏名・印」欄への押印は不要です(氏名のみご記入ください)。
- 対象者が70歳以上で、被保険者の所得区分が「現役並みⅢ」「一般所得者」「低所得者」に該当する場合は申請不要です(区分は裏面にて確認ください)。

該当にチェックしてください。

受付日付印

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定証滅失届

この届出は、限度額適用認定証の有効期限終了時に、同認定証を滅失(紛失や破棄)したため返納できない場合に提出するものです。

### 【被保険者情報】

提出日： 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	—	氏名	
被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		

～限度額適用認定証を滅失した対象者について下記にご記入ください～

対象者(該当に)	<input type="checkbox"/> 1	被保険者本人			滅失日
	<input type="checkbox"/> 2	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	令和 年 月 日
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		※不明の場合はこちらにチェック ⇒ <input type="checkbox"/>
滅失状況	(滅失したときの状況を詳しく記入してください。)				

上記のとおり限度額適用認定証を滅失したため提出いたします。  
 なお、この届出を提出した後に認定証が見つかった場合は、必ず健康保険組合に返納いたします。

被保険者の住所	〒 —
被保険者氏名	
電話番号	( 局 ) 番

受付日付印

# 【記入例】

常務理事	事務長	担当
健康保険組合の記載欄		

## 健康保険 限度額適用認定証滅失届

この届出は、限度額適用認定証の有効期限終了時に、同認定証を滅失(紛失や破棄)したため返納できない場合に提出するものです。

### 【被保険者情報】

提出日：令和 4 年 4 月 1 日

被保険者証の記号・番号	100 - 123456	氏名	健康 太郎
被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 1 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和		

### ～限度額適用認定証を滅失した対象者について下記にご記入ください～

対象者(該当に)				滅失日	
	<input type="checkbox"/> 1	被保険者本人			令和
<input checked="" type="checkbox"/> 2	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	※不明の場合はこちらにチェック ⇒ <input type="checkbox"/>	
	健康 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 2 月 2 日 <input type="checkbox"/> 令和	妻		
滅失状況	(滅失したときの状況を詳しく記入してください。) 2月下旬に病院で使用後、自宅にて保管していたつもりだが、いつの間にか紛失してしまい探しても発見できませんでした。 誤って不要な書類と一緒に捨ててしまったと思われます。				

上記のとおり限度額適用認定証を滅失したため提出いたします。  
なお、この届出を提出した後に認定証が見つかった場合は、必ず健康保険組合に返納いたします。

被保険者の住所	〒 104 - 0045 東京都中央区築地4-1-1
被保険者氏名	健康 太郎
電話番号	080 ( 0000 局) 0000 番

受付日付印