

# 健康保険限度額適用認定申請書

(被保険者・被扶養者)

- この認定証は、医療費の自己負担額が、国が定める自己負担限度額を超えて高額となる時、窓口での支払いを法定の自己負担額までにとどめることができます。自己負担額が高額療養費に該当しない場合にはこの申請は不要です。
- 被保険者が住民税非課税の場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」で申請してください。
- 70歳未満の方が対象です。

いすゞ自動車健康保険組合 御中  
健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

◆適用区分および自己負担限度額	
ア 標準報酬月額83万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1%
イ 標準報酬月額53万円以上83万円未満	167,400円+(医療費-558,000円)×1%
ウ 標準報酬月額28万円以上53万円未満	80,100円+(医療費-267,000円)×1%
エ 標準報酬月額28万円未満	57,600円

令和 年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	記号	番号
	昭和 平成		年 月 日	
	本申請書の提出を事業主に委任します			
	現住所(居所) 〒	TEL	事業所名	
	適用対象者名 ※被保険者の場合は記入不要 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	被保険者との続柄	
	昭和 平成		年 月 日	
	令和			
受診理由 ※外傷・ケガでの受診の場合は負傷原因届を添付 入院 ・ 外来 ・ 入院&外来 ・ 出産 ・ 外傷(ケガ) ・ 交通事故 ・ その他( )				
医療機関名 TEL				
入院予定期間 (わかる範囲で記入)	令和 年 月 日 ~	日間・週間・ヶ月間 程度 または 未定		
申請期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	申請月の初日から最長で1年間		
希望送付先 ○印記入	被保険者現住所・事業所担当者・社内便(地区 ー コード ー 宛名 ー )・ 医療機関宛( 〒 ー )・ ※医療機関に確認後、病棟や部屋番号または受取担当部署名・担当者名を記入してください。 その他 ( 〒 ー ) ※対象者・申請代行者の住所など			

申請 代行者 記入欄	申請代行者	被保険者との関係	申請代行の理由 ・被保険者が入院中で手続きできないため ・その他( )
------------------	-------	----------	---

(注) ・申請書は適用対象者ごとに必要です。

・事業所を経由せず健康保険組合に直接申請も可能です。

郵送→〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地 / 社内便→地区:7 コード:健保

・受診理由が外傷・ケガ・交通事故・けんか・動物に噛まれた等の理由の場合は、負傷原因届を必ず添付してください。

発行できない場合もありますので事前に健康保険組合までご連絡ください。

・記入もれがあると交付が遅れる場合があります。

・当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

事業所担当者確認欄

--	--

健保 使用 欄	標準報酬月額	適用区分	備考欄				
	千円		新規 ・ 更新	常務理事	事務長	課長	担当
	発効年月日	令和 年 月 日					
有効期限	令和 年 月 日	出産					