

# 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

この申請 **Health Insurance Card Symbol** 高額療養費・付加給付とも、後日、自動支給しますので  
 高額療養費が発生する(下記 ■ 自己負担限度額を超える)場合のみ申請ください。

↑ 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ ↓	被保険者証の 記号・番号	(記号) 0000 (番号) 000000	勤務先事業所	SWH	部 課	総務部 (内線111-1234)
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	00年 00月 00日	
	適用認定 対象者の氏名	健保 一郎	男・女	認定対象者の 生年月日	00年 00月 00日	続 柄 長男
	医療機関名称	〇〇〇〇総合病院		Relationship		
	予定期間	00年 00月 00日 ~ 00年 00月 / 未定 まで		高額療養費が発生する通院期間)を記入ください。		
	窓口負担額	35 万円 (病院でお聞きの1カ月の窓口負担予定額を記載ください)				
	Application Date (YY/MM/DD)	00年 00月 00日				
	Destination division by interoffice mail (send to Home, fill in your address)	氏名 健保 太郎 (健保印)				
	認定証送付先	〒 Destination Address		Telepone TEL		
	※社内メール以外 を希望するときの み記入のこと	(宛先) Name		携帯		

## ■ 自己負担限度額(70歳未満)

医療機関の窓口で支払う高額療養費・自己負担限度額は、被保険者の標準報酬月額に応じて異なります。

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

※被保険者の印は、被保険者(申請者)本人が自署する場合に限り押印を省略することができます

※健保処理欄	常務理事	事務長	担当者	発効日	年 月 日
				有効期限	年 月 日

適用区分	標準報酬月額	区分
	千円	