

※この欄は記入しないで下さい

適用区分	ア・イ・ウ・エ・Ⅱ・Ⅰ
新 規 ・ 継 続	

常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	Ⓜ			
	生 年 月 日	昭 和・平 成 年 月 日			
事 業 所	名 称				
	所 在 地				
適用対象者 (被保険者の場合は記入不要)	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
被保険者(適用対象者)の住所		〒 ()			
療養を受ける予定 の医療機関等	名 称				
	所 在 地				
	入 院・外 来 (どちらかに○をして下さい)	入 院		外 来(通院)	
	入院・通院予定期間 (必ずご記入下さい)	令 和 年 月 日 ~ 令 和 年 月 日			

※被保険者氏名欄の押印は、被保険者が自署した場合は不要です。

場者※ 合以被 外保 の険 方者 が、 申適 請用 す対 る象	申請代行者	氏 名	Ⓜ	被保険者との続柄	
		連 絡 先	〒 ()		
	申請代行の理由		1. 被保険者本人が入院中で外出できないため。 2. その他 ()		

※申請代行者が記入する場合は、氏名欄の押印は必ず押印して下さい。

限度額認定証の送付先 (いずれかに○印を付けて下さい)	1. 事業所あて	2. 被保険者あて	3. 申請代行者あて
--------------------------------	----------	-----------	------------

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。

令 和 年 月 日 提出

【注意事項】

- ①対象者は、70歳未満の方及び70歳以上の所得区分が現役並みⅠ、現役並みⅡの方で、入院・入院予定、もしくは高額な外来診療を受診される方です。
- ②70歳以上の所得区分が一般、現役並みⅢの方は、「高齢受給者証」を提示することで自己負担限度額までの支払いとなりますので、申請手続きは不要です。
- ③適用認定証の発効年月日は、申請のあった日(受付日)の属する初日からとなります。(申請のあった月に資格取得した方、又は被扶養者となった方については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。)
- ④入院期間などが予定より延びて、交付した適用認定証の有効期限を延長するとき又は、所得区分に変更が生じたときは、あらたに申請書を提出して下さい。
- ⑤所得区分が低所得者の方は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に添付書類を添えて提出して下さい。
- ⑥通勤災害・第三者行為による場合は、健康保険組合までご連絡下さい。

千葉県しんきん健康保険組合

☎043-254-0001

R01.05

※この欄は記入しないで下さい

適用区分	オ・低Ⅱ
新規・継続	

常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

【市区町村民税非課税者などの低所得者用】

被保険者証の記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名	㊞			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
事業所	名称				
	所在地				
減額対象者 (被保険者の場合は記入不要)	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
被保険者(減額対象者)の住所		〒 ()			
療養予定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

長期入院		該当・非該当		
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間
		年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間
		年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から		日間
		年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

送付希望先 (いずれかに○印を付けて下さい)	1. 事業所あて	2. 被保険者あて
---------------------------	----------	-----------

上記のとおり、関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 提出

市区町村長 が証明する 欄(※)	当該被保険者には、平成 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	令和 年 月 日
	市区町村長名 ㊞

【添付書類】

●4月から7月診療分については、前年度の非課税証明書を、8月から翌年3月診療分については、当年度の非課税証明書を添付して下さい。ただし、(※)欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。

【注意事項】

- ①減額認定証の有効期限は、健康保険組合が申請書を受付した月の初日(ただし、申請のあった月に資格取得した方又は被扶養者となった方については、その資格取得日又は扶養認定日となります。)から最初に訪れる7月末日までとなります。
- ②通勤災害・第三者行為による場合は、健康保険組合までご連絡下さい。

高額療養費制度の自己負担限度額

70歳未満の方の区分(平成27年1月～)

被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数該当※
①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	$252,600円 + (総医療費※ - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
②区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方)	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
③区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方)	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
⑤区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者)	35,400円	24,600円

※総医療費…保険適用される診察費用の総額(10割)です。

※多数該当…同一世帯で1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた場合は、4回目からは自己負担限度額が軽減されます。

※「区分ア」又は「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」又は「区分イ」の該当となります。

70歳以上75歳未満の方の区分(平成30年8月～)

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	外来・入院(世帯)
①現役並み所得者	現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上の方)	$252,600円 + (総医療費 - 842,000円) \times 1\%$ 《多数該当:140,100円》	
	現役並みⅡ (標準報酬月額53万～79万円の方)	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$ 《多数該当:93,000円》	
	現役並みⅠ (標準報酬月額28万～50万円の方)	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$ 《多数該当:44,400円》	
②一般所得者 (①および③以外の方)		18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円 《多数該当:44,400円》
③低所得者	Ⅱ※	8,000円	24,600円
	Ⅰ※		15,000円

※低所得者Ⅱ…被保険者が市区町村民税の非課税者である場合です。

※低所得者Ⅰ…被保険者とその扶養家族全員の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です。

※現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります。