

※マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

限度額適用認定 申請書記入の手引き

入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。
窓口でのお支払いが一定の金額までとなる認定証を交付します。

注意事項

- 提出不要な方
70歳以上75歳未満で標準報酬月額26万円以下の方と83万円以上の方は「高齢受給者証」を提示することにより、医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。
- 被保険者が非課税の方
70歳未満の方で、「区分：ウ」および「区分：エ」の場合ならびに70歳以上75歳未満の方で、「区分：一般」の場合のうち、被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」（別様式）をご提出ください。
- 有効期間
申請月の初日（健康保険加入月に申請された場合は資格取得日）から1年間となります。
（なお、有効期間の初日を申請月の初日より前にすることはできません。）

自己負担限度額

医療機関に限度額適用認定証を提示することで、同一の月において、医療機関ごとの窓口での一部負担金等の支払額が下記の自己負担限度額まで（※1）となります。
なお、同じ医療機関であっても、①医科入院、②医科外来、③歯科入院、④歯科外来にわけて（※2）計算します。

● 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（※3）
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）×1%	140,100円
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）×1%	93,000円
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）×1%	44,400円
区分：エ （標準報酬月額26万円以下の方）		57,600円	44,400円

● 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		多数該当（※3）
		個人ごと（外来）	世帯ごと（入院を含む）	
現役並み所得者	区分：現役並みⅢ （標準報酬月額83万円以上で 高齢受給者証の負担割合が3割の方）	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1%		140,100円
	区分：現役並みⅡ （標準報酬月額53万～79万円で 高齢受給者証の負担割合が3割の方）	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1%		93,000円
	区分：現役並みⅠ （標準報酬月額28万～50万円で 高齢受給者証の負担割合が3割の方）	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%		44,400円
	区分：一般 （現役並み・低所得者以外の方）	18,000円 【年間上限14.4万円】	57,600円	44,400円

※1 保険外負担分（差額ベッド代など）や、入院時の食事負担額等は対象外となります。
※2 上記①②③④ごとに、70歳未満の方は、自己負担額21,000円以上のもの、および70歳以上75歳未満の方は、自己負担を伴うものが複数あると、高額療養費支給申請書の提出が必要な場合があります。
※3 診療月以前から1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた（受けられる）場合は、多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されます。

次ページに記入例があります。➡

限度額適用認定 申請書

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

健康保険 限度額適用認定 申請書		限
入院時、労働者の自己負担額が限度額を超えそうな場合に使用ください。なお、記入方法および捺印事項については「記入の手引き」をご確認ください。		
1	被保険者証 番号(あづけ) 発付年月日 2170002321 1 61 01 22	
2	氏名 (カタカナ) ニッシン タロウ 氏名 日清 太郎	
3	郵便番号 (ハイフン除く) 1050000 電話番号 (左めハイフン除く) 090xxxxxxx	
4	住所 東京 港区 1-1△△マンション101	
5	氏名 (カタカナ) ニッシン タロウ 生年月日 1 61 01 22	
6	郵便番号 (ハイフン除く) 1020000 電話番号 (左めハイフン除く) 09000000000	
7	住所 東京 千代田区△△ 1-1 宛名 株式会社○○○○○○○○ 総務課 ○○△△	
上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に捺付を希望する場合にご記入ください。		
8	氏名 氏名 電話番号 (左めハイフン除く) 氏名	被保険者との関係 氏名 申請代理の理由 氏名
被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
備考		

健保記入欄