

健康保険限度額適用認定申請書

年 月 日

常務理事	事務長	係	担当者

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

キクチ健康保険組合 殿

被保険者等記号・番号			備考欄	
被保険者	氏名		事業所	名称
	生年月日	年 月 日		所在地
適用対象者	氏名		被保険者との続柄	
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
被保険者(適用対象者)の住所				
限度額適用の申請期間		年 月 ~ 年 月		

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。

マイナ保険証を利用すれば、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。

ひと月の自己負担限度額

区分(ア):標準報酬月額83万円以上

252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% (4月目～140,100円)

区分(イ):標準報酬月額53万円～79万円

167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% (4月目～93,300円)

区分(ウ):標準報酬月額28万円～50万円

80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (4月目～44,400円)

区分(エ):標準報酬月額26万円以下

57,600円 (4月目～44,400円)