

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)