

## 健康保険 限度額適用認定証の申請について

限度額適用認定証をご利用になると、入院および外来診療を受ける場合、窓口でのお支払いが自己負担限度額までとなります。

- 申請対象者 1ヶ月の1医療機関の中で、窓口負担額が下表を超える方  
 ※70歳以上の方で、『高齢受給者負担割合が2割』の方は、健康保険証を医療機関へ提示することで、同様の扱いとなりますので、本認定証の発行申請は必要ありません。

### ■適用区分と高額療養費自己負担限度額

所得区分	適用区分	標準報酬月額	高額療養費の自己負担限度額	特例退職	任意継続
上位所得者	ア	83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	/	/
	イ	53万円～ 79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	/	/
一般所得者	ウ	28万円～ 50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	○	○
	エ	26万円以下	57,600円	/	○
低所得者	オ	住民税の 非課税者	35,400円	○	○

※70歳未満の特例退職者（低所得者除く）の方は、「適用区分：ウ」に該当します。

※70歳未満の任意継続者（低所得者除く）の方は、「適用区分：ウ または エ」に該当します。

任意継続者の標準報酬月額は、「退職時の標準報酬月額」と「前年9月末日の全被保険者の平均標準報酬月額（44万円）」のいずれか低い方としているため。

※「低所得者」とは、前年度市区町村民税非課税世帯です。（被保険者が非課税であることが必須）  
 70歳未満または70歳～74歳で高齢受給者証の負担割合が2割の「低所得者」の方が限度額適用認定証を申請する場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて、申請ください。

- 有効開始日：申請書を当健保組合が受付した月の1日  
 ※受付月の前月等に遡っての適用はできません。

- 有効期限：毎年8月31日まで  
 ※医療機関が変わっても期限まではそのまま使用可能です。

- その他：本認定証は、月の末日までに医療機関へ提示してください。（月をまたぐ場合は毎月提示）  
 ※事象発生後、本認定証を提出せずにお支払いをしてしまった場合は、医療機関で本人が負担した医療費は自動的に還付となり、本認定証を使用しなくても最終的には、自己負担額は同じです。（約3ヶ月後に保険料振替口座に振込みします）

健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

- 送付先：〒790-0011  
 愛媛県松山市千舟町5-6-1 ひめぎん末広町ビル  
 富士通健康保険組合 事務サポートセンター  
 特例退職または任意継続担当 宛

## 健康保険 限度額適用認定証申請書

届出年月日 ●●●●年 ●月 ●日	常務理事		事務局長		課長		担当者	
被 保 険 者 欄	記号 - 番号	特例退職者医療制度	9001	-	●●●●●●●●			
		任意継続被保険者制度	1851	-				
	被保険者氏名	フリガナ フジ ミチオ 富士 道男				性別	男・女	
	住 所	〒●●●●-●●●● 神奈川県川崎市中原区小				押印は不要です。		
	電話番号	自宅：●●●●-●●●●-●●●●				携帯：●●●●-●●●●-●●●●		

■ 70歳以上で、「高齢受給証負担割合が2割」の方は、申請は不要です。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	認定対象者	フリガナ フジ ミチ				性別	男・女	
		富士 道子				認定証が必要な方をご記入ください。		
	生 年 月 日	昭和・平成 令和		●●年 ●●月 ●●日		(年齢： ●●歳)		
	使用開始月	令和 ●年 ●月	※原則、申請書到着月の1日が開始日となります					
	入院(通院)開始日	令和 ●年 ●月●●日～		●●月●●日 (未定の場合は未記入可)				

上記のとおり、申請いたします。

### ■ 注意事項

- ①前年度の市区町村民税が非課税世帯と認められた場合(被保険者が非課税であることが必須)には、当申請書ではなく、別紙『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』をご提出ください。
- ②70歳以上で「高齢受給者証の負担割合：2割」の健康保険証を医療機関へ提示することで、「所得区分：一般所得者」と同様の扱いとなることから、当認定証の発行申請は必要ありません。  
前年度の市長村民税で非課税世帯の場合は、上記、①にならって申請ください。

※高齢受給者証の負担割合が3割の方は、市町村民税が非課税であっても「所得区分：現役並みⅠ」に該当します。

### ■ 健保記入欄

標準報酬月額	年齢	適用期間	所得・適用区分	
			28万円～53万円	26万円以下
千円	70歳未満	令和 年 月 日 ～	ウ	エ
	70歳以上	令和 年 月 日	現役並みⅠ	

## 健康保険 限度額適用認定証申請書

届出年月日		常務理事	事務局長	課長	担当者	
年	月					日
被 保 険 者 欄	記号 - 番号	特例退職者医療制度	9001 -			
		任意継続被保険者制度	1851 -			
	被保険者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女		
	住 所	〒				
	電話番号	自宅：	携帯：			

■ 70歳以上で、「高齢受給証負担割合が2割」の方は、申請は不要です。

認 定 証 交 付 対 象 者 欄	認定対象者	フリガナ	続柄	
			性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (年齢： 歳)		
	使用開始月	令和 年 月	※原則、申請書到着月の1日が開始日となります	
入院(通院)開始日	令和 年 月 日～ 月 日 (未定の場合は未記入可)			

上記のとおり、申請いたします。

## ■ 注意事項

- ①前年度の市区町村民税が非課税世帯と認められた場合(被保険者が非課税であることが必須)には、当申請書ではなく、別紙『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』をご提出ください。
- ②70歳以上で「高齢受給者証の負担割合：2割」の健康保険証を医療機関へ提示することで、「所得区分：一般所得者」と同様の扱いとなることから、当認定証の発行申請は必要ありません。  
前年度の市長村民税で非課税世帯の場合は、上記、①にならって申請ください。

※高齢受給者証の負担割合が3割の方は、市町村民税が非課税であっても「所得区分：現役並みⅠ」に該当します。

## ■ 健保記入欄

標準報酬月額	年齢	適用期間	所得・適用区分	
			28万円～50万円	26万円以下
千円	70歳未満	令和 年 月 日～	ウ	エ
	70歳以上	令和 年 月 日	現役並みⅠ	