令和４年４月１３日

事　　業　　主　　様
健康保険事務担当者　　様

千葉県医業健康保険組合

健康保険限度額適用認定証及び高額療養費に係る
被保険者への周知について（依頼）

平素より当組合の健康保険事業につきましては、格別のご理解並びにご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、昨今、健康保険限度額適用認定証（以下「限度額証」）や高額療養費に係る問い合わせや申請書の送付依頼が当組合に多く寄せられているため、限度額証及び高額療養費についてのよくある質問等をまとめた資料と限度額証の申請書を下記のとおり送付いたしますので、ご相談のあった被保険者等に資料をお渡しいただくとともに、周知についてもご協力をお願い申し上げます。

また、限度額証の申請書を当組合ホームページからダウンロードできない被保険者等には、下記の申請書を印刷のうえ、お渡しください。

記

【送付物】

1. 「健康保険限度額適用認定証」の使用及び高額療養費の請求について
2. 医療費が高額になったとき（高額療養費）
   （千葉県医業健康保険組合 私たちの健康保険 令和3年度版から抜粋）
3. 健康保険限度額適用認定申請書
4. 健康保険限度額適用認定申請書記入例

＜照会先＞
担当：医療給付課
TEL：043-241-8514

「健康保険 限度額適用認定証」の使用及び高額療養費の請求について

«「健康保険 限度額適用認定証」（以下「限度額証」）とは？ »

業務外及び通勤外のケガや病気にて医療費が高額になったとき、医療機関等の窓口で「限度額証」を提示することにより、窓口での一部負担金が自己負担限度額までとなります（限度額を超えた分は当組合が負担します）。※ 裏面「高額療養費の自己負担限度額」参照

«「限度額証」の申請方法 »

申請書（添付書類は不要）を当組合あてご郵送ください。
申請書受理後、不備等なければ原則、申請書受理日に「限度額証」を発送いたします（8月末有効期限切れによる更新等を除く）。※到着までには数日かかります。

※申請書は、当組合ホームページ「申請書類一覧」(http://www.igyou-kenpo.jp/sinsei/)から印刷可能です。また、お勤め先にも令和 4年 4月 13日に送付してありますのでご利用ください。

« 医療機関等の窓口で提示が必要なもの »

年齢	所得区分：標準報酬月額	保険証	高齢受給者証	「限度額証」
70歳未満	すべての方（※非課税者除く）	○		○
70歳以上	現役並みⅢ：83万円以上 （高齢者受給者証の負担割合が3割）	○	○	不要
	一般：26万円以下 （高齢者受給者証の負担割合が2割） （※非課税者除く）			
	現役並みⅠ・Ⅱ：28万～79万円 （高齢者受給者証の負担割合が3割）	○	○	○

＜70歳以上の方＞
所得区分は、70歳到達前月に当組合からお知らせいたします（70歳到達後で所得区分が不明な方は、当組合あてお問合せください）。

※非課税者の方は年齢にかかわらず「限度額証」の代わりに「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となりますので、当組合へお問合せください。

«「限度額証」の使用方法 »

入院のほか、外来や薬局でもご使用可能です。
「限度額証」に記載の有効期限内であれば、別疾病等で再度「限度額証」が必要になった場合もそのままご使用いただけます（業務災害・通勤災害を除く）。

«「限度額証」の返納方法 »

以下に該当したときは、速やかに当組合あてご返納ください。
※返納には「限度額証」交付時に同封した返信用封筒をご利用ください。

- **●有効期限が切れたとき（有効期限をご確認ください！）**
- **●退職等により資格を喪失したとき**
- **●扶養からはずれたとき**
- **●有効期限内だが、「限度額証」が不要になったとき**

«「限度額証」の有効期限と更新 »

当組合では「限度額証」の有効期限を原則、毎年8月末までとしております（一部例外あり）。
有効期限切れによる更新をご希望の方は、新たに申請書を作成のうえ、当組合あてご郵送ください。
申請書は、有効期限終了日の1か月前から受付を開始しており、更新後の「限度額証」は、新たな有効期限開始月の前月下旬以降に発送いたします。

＜ 有効期限：令和4年8月末まで。9月も「限度額証」が必要な場合。＞
申請書の受付開始　令和 4年 8月 1日 ～
「限度額証」発送　令和 4年 8月下旬以降（有効期限開始：令和 4年 9月 1日～）

（裏面もご覧ください）

＜高額療養費の自己負担限度額＞ ※月単位（1日～月末）で計算

70歳未満

所得区分	標準報酬月額	自己負担限度額
ア	83万円以上	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% ＜多数該当：140,100円＞
イ	79万円～53万円	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% ＜多数該当：93,000円＞
ウ	50万円～28万円	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1% ＜多数該当：44,400円＞
エ	26万円以下	57,600円 ＜多数該当：44,400円＞
オ	低所得者（住民税非課税）	35,400円 ＜多数該当：24,600円＞

70歳以上

負担割合	所得区分		標準報酬月額	自己負担限度額 外来（個人毎）	自己負担限度額 外来・入院（世帯）
3割	現役並みⅢ		83万円以上（限度額証は不要）	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% ＜多数該当：140,100円＞	
3割	現役並みⅡ		79万円～53万円	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% ＜多数該当：93,000円＞	
3割	現役並みⅠ		50万円～28万円	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1% ＜多数該当：44,400円＞	
2割	一般		26万円以下（限度額証は不要）	18,000円	57,600円 ＜多数該当：44,400円＞
2割	低所得者	Ⅱ	住民税非課税	8,000円	24600円
2割	低所得者	Ⅰ	住民税非課税所得が一定以下		15,000円

※ 総医療費とは保険適用される診療費用の総額(10割)です。入院時の食事代や差額ベッド代、先進医療費等は高額療養費の対象外です。

※「多数該当」とは、診療月以前の1年間に自己負担限度額に達した月が計3か月以上ある場合、4か月目から自己負担限度額が引下げになる制度です。

＜Q＆A＞

Q1：会計時に「限度額証」を提示できなかった場合、どうすればよいですか？

A1：一旦、一部負担金（2～3割）を医療機関等にお支払いください。
ただし、医療機関等によっては「限度額証」を提示出来るまで支払を猶予してくれたり、支払後でも、後日「限度額証」を提示することにより、自己負担限度額を超えた一部負担金について窓口清算してもらえる場合があります。まずは医療機関等にご相談のうえ、必要であれば「限度額証」の申請書を当組合あてご提出ください。
なお、医療機関等で上記対応が受けられなかった場合は、後日、当組合から自己負担限度額を超えた一部負担金を「高額療養費」として払戻しいたします。

Q2：高額療養費の払戻しを受けたいのですが、手続きは必要ですか？

A2：原則、お手続きは不要です（自動払方式：当組合の高額療養費支給手続規程により、当組合が医療機関等からの診療報酬明細書等を受領し、高額療養費に該当する場合、各被保険者から高額療養費の請求があったものとみなし、支給手続きを行います）。
支給には、診療月から3か月以上かかります（医療機関等から診療報酬明細書が届くまで2か月以上かかるため）。
口座振込先と通知書送付先については、在職中の方は勤務先あて（受取方法等は勤務先の健康保険事務担当者様へご確認ください）、資格喪失された方と任意継続被保険者の方は被保険者ご本人あてとなります。
※資格喪失された方と任意継続被保険者の方で、銀行口座の把握がない場合、当組合から「高額療養費支給申請書」をお送りすることがございますので、当該申請書が届いたときは、銀行口座等ご記入のうえ当組合あてご返送ください。

Q3：同月に2つの医療機関で「限度額証」を提示し、それぞれ自己負担限度額に達する支払いをしました。2つの支払いを合計すると自己負担限度額を超えてしまいますが、高額療養費の払戻しはありますか？

A3：自己負担限度額は月単位で計算されますが、医療機関等の窓口では一旦、窓口毎（入院・外来・薬局等）に、それぞれ自己負担限度額までのお支払いをしていただくこととなります。
医療機関等から診療報酬明細書が届き次第、医療費の合算を行い、自己負担限度額を超えた分は「高額療養費」として払戻しいたします（A2のとおり）。
合算対象となる医療費は、70歳未満の方は一部負担金が21,000円以上あるもの、70歳以上の方は原則全ての受診分です。

（例）70歳未満、所得区分「エ」（自己負担限度額57,600円）、同月にA病院で入院と外来、B病院で外来を受診。
一部負担金： A病院（入院）57,600円　A病院（外来）3,000円　B病院（外来）5,7600円
A病院（入院）57,600円 ＋ B病院（外来）57,600円 ＝ 一部負担金合計額 115,200円
一部負担金合計額 115,200円 － 自己負担限度額 57,600円 ＝ 高額療養費支給額 57,600円
※A病院の外来分は、一部負担金21,000円未満のため合算対象外

Q4：直近1年間のうち、A病院で計5か月、その後B病院で計1か月、自己負担限度額に達する支払いがありました。A病院では、4か月目から支払いが「多数該当」の自己負担限度額に変わりましたが、B病院では、通常の自己負担限度額を請求されました。なぜですか？

A4：各医療機関の窓口で「多数該当」の自己負担限度額が適用されるのは、その医療機関において、対象者が「多数該当」であると確認が取れた場合に限られます。
ご質問の場合、B病院においてA病院での支払状況が分からないため、B病院では通常の自己負担限度額の請求となります。ただし、このような場合は「多数該当」の自己負担限度額との差額を後日、当組合から「高額療養費」として払戻しいたします（A2のとおり）。

【問合せ先】
千葉県医業健康保険組合（医療給付課） 〒260-0026 千葉市中央区千葉港7-1 TEL：043-241-8514

医療費が高額になったとき
（高額療養費）

限度額を超えると払い戻される

窓口負担が一定額（自己負担限度額）を超えたときは、超えた額が健康保険組合から払い戻されたり、窓口負担が一定の額までで済むようになっています（高額療養費）。

70歳未満の人だけの世帯の場合

①同じ医療機関での1人・1か月の窓口負担額が、**表1**の自己負担限度額を超えたときに、超えた額があとから払い戻されます。

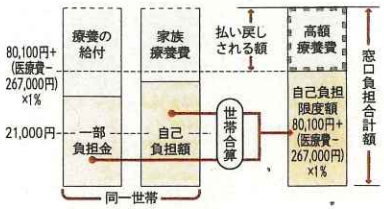
●事前申請により窓口負担は限度額まで

事前に健康保険組合に申請して「限度額適用認定証」（低所得者は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）の交付を受けておき、この認定証を医療機関の窓口に提示すると窓口負担は限度額までで済みます。認定証を提示しない場合は、いったん窓口負担の全額を支払い、あとで払い戻しを受けることになります。

※今後、マイナンバーカードを利用して受診する場合は、「限度額適用認定証」の申請は必要なくなります。

②同じ世帯で1か月に21,000円以上の窓口負担が2件以上ある場合は、合計して**表1**の自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます（合算高額療養費）（下図）。

③同じ世帯で、直近12か月に高額療養費が支給された月数が3か月以上になった場合は、4か月目からは、**表1**の〔　〕内の自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます（多数該当）。



●表1　70歳未満の人の自己負担限度額

所得区分	自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上	252,600円＋(医療費−842,000円)×1％〔多数該当：140,100円〕
標準報酬月額 53万円〜79万円	167,400円＋(医療費−558,000円)×1％〔多数該当：93,000円〕
標準報酬月額 28万円〜50万円	80,100円＋(医療費−267,000円)×1％〔多数該当：44,400円〕
標準報酬月額 26万円以下	57,600円〔多数該当：44,400円〕
低所得者*	35,400円〔多数該当：24,600円〕

＊低所得者は☞P20参照。

70歳以上75歳未満の人だけの世帯の場合

①外来の場合の1人・1か月の窓口負担額を合計し、**表2のA**の自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。

②同じ世帯でのすべての窓口負担額（外来分は**表2のA**の自己負担限度額を適用した後に残る窓口負担額、入院分は③による現物給付があったときに残る窓口負担額）を合計し、**表2のB**の自己負担限度額を超えたときに、超えた額が払い戻されます。

③同じ医療機関に入院したときの1人・1か月の窓口負担額が、**表2のB**の自己負担限度額を超えたときには、高額療養費が現物給付され、窓口負担は自己負担限度額までとなります。

●表2　70歳以上75歳未満の人の自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額 Ⓐ外来（個人単位）	Ⓑ入院を含む（世帯単位）
現役並み所得者	標準報酬月額 83万円以上	252,600円＋(医療費−842,000円)×1％〔多数該当：140,100円〕	
	標準報酬月額 53万円〜79万円	167,400円＋(医療費−558,000円)×1％〔多数該当：93,000円〕	
	標準報酬月額 28万円〜50万円	80,100円＋(医療費−267,000円)×1％〔多数該当：44,400円〕	
一般所得者	標準報酬月額 26万円以下	18,000円〔年間上限 144,000円〕	57,600円〔多数該当：44,400円〕
低所得者	低所得Ⅱ*	8,000円	24,600円
	低所得Ⅰ*	8,000円	15,000円

＊低所得Ⅱ・Ⅰは☞P20参照。

70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人がいる世帯の場合

世帯合算して高額療養費が支給されます。この場合、次の①〜③で高額療養費の額を計算し、世帯で最も高いものが払い戻されることになります。

①70歳以上の人の1か月の外来の窓口負担額を個人ごとに合計し、**表2のA**の自己負担限度額を超えた額が高額療養費の額になります。

②70歳以上の人の1か月の外来の窓口負担額と入院の窓口負担額を世帯で合計し、**表2のB**の自己負担限度額を超えた額が高額療養費の額になります。

③70歳未満の人の窓口負担額（21,000円以上のものに限る）と70歳以上の人のすべての窓口負担額を合計し、**表1**の自己負担限度額を超えた額が高額療養費の額になります。

月の途中で75歳となり後期高齢者医療の被保険者になった場合

月の途中で、①被保険者または被扶養者が後期高齢者医療の被保険者になった場合、②被保険者が後期高齢者医療の被保険者になったことにより被扶養者でなくなった場合に、その月に受けた療養については、健康保険・後期高齢者医療の自己負担限度額は、それぞれ2分の1になります。

長期高額療養者の場合

人工透析の必要な慢性腎不全患者は、自己負担限度額が10,000円（70歳未満で標準報酬月額が53万円以上の人は20,000円）となっており、これを超える分は高額療養費が現物給付されますので、窓口負担は最大10,000円（20,000円）で済みます。また、血友病患者・HIV感染症患者のうち一定の人については、自己負担分が公費負担され、窓口負担は不要です。

高額療養費の対象となる窓口負担額

窓口負担額のうち、高額療養費の対象となるのは、療養の給付（家族療養費）・保険外併用療養費の一部負担金（自己負担分）、療養費の支給（家族療養費）の一部負担金（自己負担分）相当額、訪問看護療養費・家族訪問看護療養費の基本利用料です。

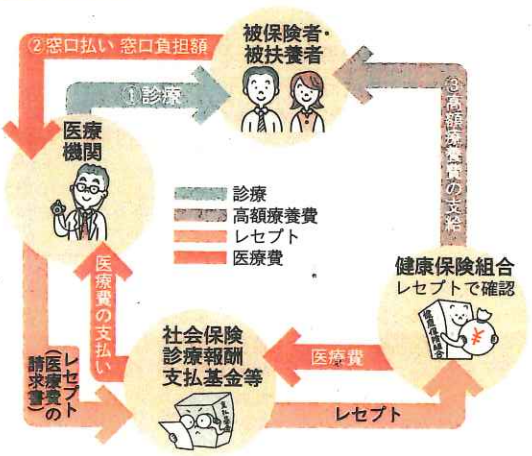
ただし、入院時食事療養費の食事療養標準負担額、入院時生活療養費の生活療養標準負担額や、保険外併用療養費の特別料金など保険診療対象外のものは含まれませんので、これらを除いて窓口負担額を計算します。

自己負担限度額を超える場合とは

窓口負担した額が自己負担限度額を超えているかどうかは、医療機関が支払基金等を経由して健康保険組合に提出するレセプト（医療費の診療報酬明細書）に基づいて健康保険組合が確認します。レセプトは1人について1か月ごとに作成されますので、レセプト1件ごと、あるいは同じ世帯のレセプトごとに、窓口負担した額が自己負担限度額を超えているかどうかをみます。

1か月ごととは診療月ごとという意味で、5月10日から6月9日までに同じ医療機関で診療を受けた場合は、5月10日から5月31日までと、6月1日から6月9日までがそれぞれ1診療月となり、レセプトは2件となります。

高額療養費のしくみ



医療費と介護費の合算
（高額介護合算療養費）

1年間の健康保険と介護保険の負担が限度額を超えたとき

毎年8月から翌年7月までの12か月間に、同じ医療保険に加入している本人や家族が支払った健康保険の窓口負担（高額療養費が支給される場合は、それを引いた額）と、介護保険の利用者負担〔高額介護サービス費等（☞P48）が支給される場合は、それを引いた額〕を合計した額が自己負担限度額を超えたときには、その超えた額が払い戻されます（高額介護合算療養費）。

表　高額介護合算療養費の自己負担限度額

所得区分	70歳未満	70歳以上75歳未満
標準報酬月額 83万円以上	2,120,000円	2,120,000円
標準報酬月額 53万円〜79万円	1,410,000円	1,410,000円
標準報酬月額 28万円〜50万円	670,000円	670,000円
標準報酬月額 26万円以下	600,000円	560,000円
低所得Ⅱ*	340,000円	310,000円
低所得Ⅰ*		190,000円

＊低所得Ⅱ・Ⅰは☞P20参照。

介護保険の証明書を添えて健康保険組合に申請

高額介護合算療養費の申請を行うときは、先に市（区）町村介護保険の窓口で「介護保険負担額証明書」の交付を受け、それを添えて健康保険組合に申請します。

高額介護合算療養費の支払いに必要な費用は、健康保険組合・介護保険の双方で、患者・利用者が負担した額に応じて負担しあうことになっています。

患者も医療費を負担します

健康保険の医療費は、健康保険組合から、社会保険診療報酬支払基金または都道府県国民健康保険団体連合会を通じて医療機関に支払われるほか、患者自身が負担する分があります。

■医療費の一部を窓口で支払う

●本人の一部負担金・家族の自己負担分

療養の給付（家族の場合は家族療養費）を受ける際には、小学校入学前はかかった医療費の２割、小学校入学後70歳未満は３割、70歳以上の人は２割（現役並み所得者は３割）を医療機関の窓口で支払います。☞P19

●食事療養標準負担額

入院したときは、食費の一部として１食460円（低所得者は軽減）の食事療養標準負担額を支払います。☞P20

●生活療養標準負担額

65歳以上の人が療養病床に入院したときは、食住費として「１食460円＋１日370円」（低所得者等は軽減）の生活療養標準負担額を支払います。☞P20

■いったん窓口で支払うが、あとから払い戻される

●高額療養費

窓口での負担が一定の限度額を超えたときには、その超えた分はいったん患者がたてかえ、あとで高額療養費として健康保険組合から払い戻されます。☞P22～24

●高額介護合算療養費

健康保険の窓口での負担と介護保険の利用者負担の合計が一定の限度額を超えたときには、その超えた分はいったん患者がたてかえ、あとで高額介護合算療養費として健康保険組合と介護保険から払い戻されます。☞P25

●療養費・家族療養費

やむを得ず自費でかかったときの医療費やコルセット・ギプス・血液代などは、患者がたてかえ、あとで療養費（家族の場合は家族療養費）として健康保険組合から払い戻されます。☞P27

●移送費・家族移送費

医師の指示で緊急に移送された場合の移送の費用（交通費）は、患者がたてかえ、あとで移送費（家族の場合は家族移送費）として健康保険組合から払い戻されます。☞P27

■健康保険の範囲外は自費負担

●保険外併用療養費

健康保険のきかない「評価療養」、「選定療養」、「患者申出療養」を受けるときには、それらの診療のために増えた分の費用については、自費負担となります。「健康保険の範囲内で診療すれば給付される分」については、保険外併用療養費として健康保険組合から支払われます。☞P26、28

医療機関での窓口負担
（一部負担金・自己負担分）

窓口負担は年齢などによって異なる

病気・けがをしたときには、本人も家族も、健康保険で医療機関にかかることができます（療養の給付）。その際、かかった医療費の一部を、一部負担金（家族の場合は自己負担分）として医療機関の窓口で支払います。

一部負担金（自己負担分）の割合は、年齢などによって異なり、下表のようになっています。

窓口負担が一定額を超えると払い戻しがある

本人の一部負担金や家族の自己負担分が一定額を超えたときは、あとで高額療養費（☞P22～24）、高額介護合算療養費（☞P25）などが健康保険組合から払い戻されます。

●患者の窓口負担割合

70歳以上75歳未満	現役並み所得者*1	3割
	一般	2割
小学校入学後*2 70歳未満		3割
小学校入学前*2		2割

※75歳以上（一定の障害のある65歳以上）の人は後期高齢者医療の対象です。

＊1 現役並み所得者とは、70歳以上の被保険者で診療月の標準報酬月額が28万円以上の人と、その被扶養者で70歳以上の人をいいます。ただし、年収が520万円（70歳以上の被扶養者がいない場合は383万円。後期高齢者医療の被保険者となったため被扶養者でなくなった人がいる場合は520万円）に満たない旨を健康保険組合に届け出た場合は、現役並み所得者となりません。

＊2 小学校入学後とは６歳に達する日以後の最初の４月１日以後を、小学校入学前とは６歳に達する日以後の最初の３月31日以前をいいます。

入院中の食費負担
（入院時食事療養費）

入院の食費の一部として食事療養標準負担額を負担

入院したときの食事の費用も、健康保険から入院時食事療養費として給付されていますが、その一部（食材料費相当額）を食事療養標準負担額として、医療費の一部負担金（自己負担分）とは別に負担します。

●食事療養標準負担額（１食につき）

70歳未満	
一般	460円
低所得者*	210円（91日目以降は160円）
70歳以上75歳未満	
一般	460円
低所得Ⅱ*	210円（91日目以降は160円）
低所得Ⅰ*	100円

＊低所得者と低所得Ⅱとは、住民税非課税世帯の被保険者とその家族をいいます。低所得Ⅰとは、住民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない被保険者とその家族をいいます。

65歳以上で療養病床に入院した場合生活療養標準負担額を負担

65歳以上の本人・家族が、療養病床（慢性病の人が長期入院する病床）に入院したときの生活療養の費用も、健康保険から入院時生活療養費として給付されていますが、食費と居住費の一部を生活療養標準負担額として、医療費の一部負担金（自己負担分）とは別に負担します。

●生活療養標準負担額

	食費（１食）	居住費（１日）
一般	460円（医療機関によっては420円）	370円
低所得Ⅱ	210円	
低所得Ⅰ	130円	

※医療の必要性の高い者の低所得Ⅱ・Ⅰの食費（１食）は左記と同様。

※難病患者等の一般の食費（１食）は260円、低所得Ⅱ・Ⅰは左記と同様。なお、居住費の負担はありません。

健保組合使用欄

発送元		常務理事	部　長	課　長	係　長	係	公印使用
事	労						

（あて先）千葉県医業健康保険組合

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記　号	番　号	氏名及び生年月日	フリガナ （昭和・平成　　年　　月　　日生）
被保険者住所 （日中の連絡先）	〒　　－ TEL　　（　　）			
送付先	☐ 被保険者住所に送る （右欄記入不要） ☐ 別の住所に送る （右欄ご記入ください） ☐入院先 ☐お勤め先 ☐実家 ☐その他 （　　）	住所	〒　　－ ※病院名、病室、担当部署名、「○○様方」などの記入漏れにご注意ください！	
		宛名		
お勤め先	名　称			
	所在地	〒　　－		

適用対象者 （被保険者本人の場合は記入不要）	氏　名	性別	続　柄	生年月日
	フリガナ	男・女		昭和・平成・令和　　年　　月　　日生

いつから必要かご記入ください	令和　　年　　月　　日から	発効年月日は原則的には、申請のあった日の属する月の初日となります。

受診の理由 （○をつけてください）	1．外傷による　　2．妊娠・出産による　　3．1・2以外（疾病による）
	「1．外傷による」に○をつけた方は、下記の負傷の状況についてもご記入ください。

負傷の状況 （外傷の場合のみ）		
	いつ	年　　月　　日（　）午前・午後　　時　　分頃
	どこで	
	目的	勤務中 ・ 通勤途中 ・ 私用 ・ その他（　　）
	詳細	

／ 受 付 印 ＼　　R4.4.1

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

記入例

健保組合使用欄

発送元		常務理事	部　長	課　長	係　長	係	公印使用
事	労						

（あて先）千葉県医業健康保険組合

健康保険限度額適用認定申請書

被保険者	記　号 0000	番　号 0000	氏名及び生年月日	フリガナ　ケンポ　ゲンキ 健保　元気 （昭和・平成　00　年　00　月　00　日生）
被保険者住所 （日中の連絡先）	〒　000　－　0000 千葉県〇〇市〇〇〇町1-2-3　〇〇アパート〇〇号室 TEL　000　（　0000　）　0000			
送付先	☐ 被保険者住所に送る（右欄記入不要） ☑ 別の住所に送る（右欄ご記入ください） ☐入院先 ☐お勤め先 ☑実家 ☐その他（　　）	住所	〒　000　－　0000 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇987-65 〇〇様方 ※病院名、病室、担当部署名、「〇〇様方」などの記入漏れにご注意ください！	
		宛名	健保　康子	
お勤め先	名　称	医療法人社団　〇〇会　〇〇〇〇病院		
	所在地	〒　000　－　0000 千葉県〇〇市〇〇〇町4-5-6		

適用対象者（被保険者本人の場合は記入不要）	氏　名	性別	続　柄	生年月日
	フリガナ　ケンポ　ヤスコ 健保　康子	男・女	妻	昭和・平成・令和　00　年　00　月　00　日生

いつから必要かご記入ください	令和　4　年　4　月　1　日から	発効年月日は原則的には、申請のあった日の属する月の初日となります。

受診の理由（〇をつけてください）	
	1．外傷による　　2．妊娠・出産による　　3．1・2以外（疾病による）
	「1．外傷による」に〇をつけた方は、下記の負傷の状況についてもご記入ください。

負傷の状況（外傷の場合のみ）	
いつ	00　年　00　月　00　日　（　日　）　午前　午後　〇　時　〇〇　分頃
どこで	〇〇市営テニスコート
目的	勤務中　・　通勤途中　・　私用　・　その他（　　）
詳細	休日、テニスの試合中に転倒し、右足を骨折した

／ 受 付 印 ＼　　R4. 4. 1

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　〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日