

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

	常務理事	マネジャー	リーダー	担当
決 裁				

被 保 険 者 情 報	事業所名称				
	被保険者証の 記号・番号		標準報酬 月 額	千円	適用区分 (健保記入)
	被保険者氏名		生年月日	昭 平	年 月 日
	住 所 電話番号	〒 TEL ()			

交 付 希 望 対 象 者	療養を受ける方 (被保険者本人の 場合は記入不要)		被保険者 との続柄	
			生年月日	昭 平
	療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
◎入院予定期間等の認定証を使用する期間をご記入ください。使用予定がない場合原則は交付できません。 ◎申請月の初日より前に遡及はできません。				

申請方法	所属の事業所を経由のうえ当組合までご提出ください。			
備 考	◎ 認定証の発効年月日については、健康保険に受付された日の属する月の初日となります。 ◎ 有効期限については翌年(1月～8月に申請の場合は当年)8月31日となります。 ◎ 70歳以上の方は標準報酬月額が28万円以上の場合に交付対象となります。 ◎ 標準報酬月額に変更があった場合、適用区分が変更となる場合があります。 ◎ 認定証が不要になった場合は速やかにご返却ください。			
<参考> 自己負担 限度額 (高額療養費)	<70歳未満の方>		<70歳以上の方>	
	適用区分「ア」:標準報酬月額が83万円以上の方 $252,600円 + (医療費 - 842,000円) \times 1\%$ 適用区分「イ」:標準報酬月額が53万円～79万円の方 $167,400円 + (医療費 - 558,000円) \times 1\%$ 適用区分「ウ」:標準報酬月額が28万円～50万円の方 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ 適用区分「エ」:標準報酬月額が26万円以下の方 57,600円		適用区分「現役並みⅡ」:標準報酬月額53万円～79万円の方 $167,400円 + (医療費 - 558,000円) \times 1\%$ 適用区分「現役並みⅠ」:標準報酬月額28万円～50万円の方 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$	

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

提 出 者	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号	(印)		

受付日付印

健康保険 限度額適用認定証交付申請書



被保険者情報	事業所名称					
	被保険者証の記号・番号			標準報酬月額		適用区分(健保記入)
	被保険者氏名			生年月日	昭平	年 月 日
	住所 電話番号	〒 Tel ()				

交付希望対象者	療養を受ける方 (被保険者本人の場合は記入不要)		被保険者との続柄	
			生年月日	昭平 年 月 日
	療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
		◎入院予定期間等の認定証を使用する期間をご記入ください。使用予定がない場合原則は交付できません。 ◎申請月の初日より前に遡及はできません。		

申請方法	所属の事業所を経由のうえ当組合までご提出ください。		
備考	◎ 認定証の発効年月日については、健康保険に受付された日の属する月の初日となります。 ◎ 有効期限については翌年(1月～8月に申請の場合は当年)8月31日となります。 ◎ 70歳以上の方は標準報酬月額が28万円以上の場合に交付対象となります。 ◎ 標準報酬月額に変更があった場合、適用区分が変更となる場合があります。 ◎ 認定証が不要になった場合は速やかにご返却ください。		
<参考> 自己負担 限度額 (高額療養費)	<70歳未満の方>	<70歳以上の方>	
	適用区分「ア」:標準報酬月額が83万円以上の方 $252,600円 + (医療費 - 842,000円) \times 1\%$ 適用区分「イ」:標準報酬月額が53万円～79万円の方 $167,400円 + (医療費 - 558,000円) \times 1\%$ 適用区分「ウ」:標準報酬月額が28万円～50万円の方 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ 適用区分「エ」:標準報酬月額が26万円以下の方 57,600円	適用区分「現役並みⅡ」:標準報酬月額53万円～79万円の方 $167,400円 + (医療費 - 558,000円) \times 1\%$ 適用区分「現役並みⅠ」:標準報酬月額28万円～50万円の方 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$	

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

提出者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	(印)