

# 健康保険限度額適用認定申請書

◆下記注意事項を全て確認の上、必要と思われる方のみ申請下さい。

◆太枠の中をボールペンでご記入下さい。

年 月 日提出

被保険者	記号・番号	—	氏名			
	電話番号	—	—	〈自宅・携帯・職場〉		
	被保険者は、今年度住民税非課税者ですか？ ※非課税者は必ず非課税証明書（市区町村発行）を添付して下さい。				□はい □いいえ	
申請者が記入する欄	被保険者との続柄		氏名 ※70歳未満対象		生年月日	S H R 年 月 日
	※適用対象者が被保険者本人の場合、上欄の氏名・生年月日は記入不要です。					
	使用見込	令和 年 月 から 令和 年 月まで（見込み）				
	①今回の療養理由は、第三者の行為（交通事故・けんか等）によって受傷したものですか？					□はい □いいえ
	②今回の療養理由は、通勤途中、業務中の傷病によるものですか？					□はい □いいえ
	③適用対象者は医療助成受給者ですか？（はいの場合、下記に理由を記載）					□はい □いいえ
③… <b>はいの場合</b> □子ども医療 □障害者医療 □ひとり親家庭等医療 □その他 医療費を窓口負担する理由（ ） + 受給者証のコピーを添付						
再の 交場 付合	□有効期限に達したため □保険証の記号番号が変わったため □滅失 □棄損・破損 □その他（ ）					
（右 認 定 を 証 1 送 箇 所 先 選 択）	□ 自宅	〒 —				
	□ 職場	〒				
	□ 自宅以外	〒 —				
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。 また、申請書注意事項・裏面を全て確認及び遵守し使用することに同意します。						
令和 年 月 日			申請者氏名(署名)			
			被保険者との続柄（ ）			

## ●注意事項●

- ・限度額適用認定証を提示しても、医療費の窓口負担が1ヵ月2万円になるわけではありません。ご自身の自己負担限度額までは、必ず自己負担していただきます。  
※自己負担限度額は裏面をご覧ください。
- ・限度額適用認定証の有効期限は、申請を受け付けた月の1日から8月31日までです。  
※被保険者（本人）が住民税非課税者の場合は7月31日までです。
- ・ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内ならびに保険給付金等の支払に使用される場合があります。個人情報保護に関しては <https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。

## ●問い合わせ先●

デンソー健康保険組合 給付G  
〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地（社内メール〒1130）  
外線TEL0566-25-9620 FAX0566-24-6301 内線TEL551-89147  
E-mail [kenpo\\_kyufu@jp.denso.com](mailto:kenpo_kyufu@jp.denso.com)

室長	検討	担当	受付

健 保 使 用 欄	標準報酬月額	千円	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	証交付日	令和 年 月 日
	備考欄			

●自己負担限度額表●

適用区分	被保険者の標準報酬月額	自己負担限度額
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>
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～：93,000円>
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>
エ	標準報酬月額26万円以下	57,600円 <4月目～：44,400円>
オ	※低所得者（住民税非課税）	35,400円 <4月目～：24,600円>

※低所得者（住民税非課税）の場合は必ず非課税証明書を添付してください。

ただし、「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、住民税非課税者であっても標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

適用区分がご不明な場合は、健康保険組合までお問い合わせ下さい。