

You do not need to apply for this form when you use your Individual Number Card as a health insurance card.

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

Health Insurance of Symbol/Number			
被保険者	記号	3 3 ○ ○	
	番号	1 2 3 ○ ○ ○ ○	
Name of Insured Person and Seal of Signature		Gender: Male/Female	
氏名	野村 ○夫	性別 男 · 女	
Present Address (with zip code) of Insured Person		Birth Date	
自宅住所	〒000-0000 東京都江東区豊洲 ○ - ○ - ○	生年月日 昭・平 ○○年 ○月 ○日	
Phone number			
日中の連絡先	TEL 090 - 1234 - 5678		
適用対象者	Target audience	Gender: Male/Female	
	氏名	性別 男 · 女	
Relationship	野村 ○子	Birth Date	
被保険者との続柄	妻	生年月日 昭・平 ○○年 ○月 ○日	
入院/通院開始(予定)日	Scheduled start date of hospitalization or treatment		
認定証は原則「被保険者自宅住所・被保険者宛」に送付いたします。 送付先を変更したい場合は以下にご記入ください。			
<p>・会社宛の場合は会社名・部署名を必ず ・医療機関宛の場合は、事前に医療機 ・親族宛で送付先の苗字と受取人の苗</p> <p>In principle, the certificate is mailed to the present (residential) address as the above. If you need to change the address please complete the below.</p>			
認定証の送付先	住所 電話番号	〒000-0000 東京都千代田区大手町 ○ - ○ - ○ TEL 03 - 1234 - 5678	
会社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等	○○総合病院○階○病棟○○○	宛名 (個人名)	野村 ○子 (様方) 様
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有していない / I don't have an Individual Number Card <input type="checkbox"/> マイナンバーカードは保有しているが、マイナ保険証の紐づけをしていない / I have an Individual Number Card, but the card has not been linked to my health insurance card yet. <input type="checkbox"/> その他/Others 理由: /Reasons		

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交

We ask you to use the Individual Number Card as a health insurance card.
Please make sure to fill in this column.

* When applying, note the following four points.

- If your Individual Number Card is available as a health insurance card, please use it. If you have any compelling reasons, please specify it in "Reasons for the application" above.
- Even if an eligible person submits a Certificate of Application of Maximum Copayment Amount to the Insurance Medical Care Facility, if the co-payment for one month worth of medical care costs (excluding charges for meals, additional beds, etc.) does not exceed the amount indicated on the separate sheet (which differs depending on the standard monthly remuneration), the amount paid by the insured person at the medical-care-institution counter does not change.
- If the co-payment exceeds 25,000 yen (per month, per person), four months after the month of medical treatment or later, the amount exceeding 25,000 yen (with amounts less than 100 yen rounded down) is automatically paid as a health insurance benefit.
- If you are done using the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount or it has expired, please return

別 紙

高額療養費の自己負担限度額

1か月間の利用費(食事・差額ベッド代等除く)の自己負担額が下記の自己負担限度額を超えるければ医療機関での窓口負担額の軽減はありません。

所得区分 (標準報酬月額)	自己負担限度額	多数該当
83万円以上	$252,600\text{円} + (\text{総医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$	140,100円
53万円～79万円	$167,400\text{円} + (\text{総医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$	93,000円
28万円～50万円	$80,100\text{円} + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$	44,400円
26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者 (市区町村民税非課税等)	35,400円	24,600円

※ [多数該当]は直近12ヶ月間に同じ世帯で3ヶ月以上高額医療費に該当した場合の4ヶ月目以降の金額です。