

常務理事	事務長	参事補	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者記入欄											
被保険者	被保険者証 記号		被保険者証 番号		氏名及び印	⑩					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女	電話番号			
	住所	〒									
対象者欄	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女		
	続柄		申請日	令和	年	月	日	認定希望月	令和	年	月
	送付先	※認定証は事業所宛に送付しますが、緊急を要する場合のみ健保判断で依頼先に送付します。 (任意継続者はご自宅宛送付。緊急の場合は依頼先に送付します。)							連絡先 電話番号		
		〒									

代理申請	事業所名称		事業主氏名	⑩			
	事業所所在地	〒					担当者名
						連絡先電話番号	

被保険者記入欄 ※「被保険者が非課税」の場合のみ適応されます。											
非課税世帯等	入院予定期間	令和	年	月	～	令和	年	月	の予定	被保険者の非課税証明書添付	あり・なし
	被保険者が市町村民税が課されていない期間の入院期間は、90日を超えて入院していますか？					はい・いいえ			90日以上入院期間がわかる領収証の添付	あり・なし	
自己負担限度額変更	対象期間①	令和	年	月	～	令和	年	月	非課税証明①	平成 令和	年度(平成 令和 年分)
食事療養費減免認定証	対象期間②	令和	年	月	～	令和	年	月	非課税証明②	平成 令和	年度(平成 令和 年分)
交付対象者欄	対象期間③	令和	年	月	～	令和	年	月	非課税証明③	平成 令和	年度(平成 令和 年分)
	添付書類	4月～7月診療分については、被保険者の前年度の非課税に関する証明書を、 8月～翌年3月診療分については、被保険者の当年度の非課税に関する証明書を、 添付して下さい。									

上記の通り健康保険限度額適用認定証・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
(被保険者が非課税の場合は、必ず証明書を添付して下さい。)

SK健康保険組合

	年齢区分 70歳未満 所得区分			高額療養費該当 1～3ヶ月			4ヶ月目以降	
	《参考》 自己負担限度額	ア	標準報酬月額	83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%以上			140,100円以上
イ		標準報酬月額	53万～79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%以上			93,000円以上	
ウ		標準報酬月額	28万～50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%以上★			44,400円以上	
エ		標準報酬月額	26万円以下	57,600円以上			44,400円以上	
オ		低所得者	(住民税非課税世帯)	35,400円以上			24,600円以上	
高額療養費 算定基準	年齢区分	所得区分		高額療養費該当 1～3ヶ月			4ヶ月目以降	
	70歳以上	ウ	現役並み(標準報酬月額28万円以上)	外来	入院	57,600円	★と同じ	44,400円以上
		エ	一般(標準報酬月額26万円以下)			14,000円	57,600円	44,400円以上
	75歳未満	II	低所得者II(住民税非課税世帯、年金収入80～160万円)			8,000円	24,600円	- - - - -
		I	低所得者I(住民税非課税世帯、年金収入80万円以下)			8,000円	15,000円	- - - - -

※但し、昭和14年4月2日生まれ～昭和19年4月1日生まれ(軽減特別措置)の方は外来12000円、入院44400円