

【限度額適用認定証と高額療養費について】

限度額適用認定申請は、事前に「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関に提示することで、被保険者の給与などの額によって定められた「自己負担限度額」(申請書下部を参照)まで窓口負担が軽減されるものです。よって、**もともとの自己負担額がその限度額を超えない場合は、申請する必要はありません。**また、この申請をせず、限度額を超えて支払っても、その差額は「高額療養費」として健保組合によって自動的に計算され(申請は不要)、受診月の3ヶ月後をめどに被保険者の給与口座に振込まれますのでご安心ください。

申請日 平成28年 12月 1日

健康保険限度額適用認定申請書

申請日は必ずご記入ください

下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。

保険証の 記号番号	(記号)	1111	事業所名	ブリヂストン〇〇	
	(番号)	2222222	所属部署	総務部 総務課	
被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ			
	氏名	健保 太郎		※被保険者が自ら署名する 場合には捺印不要	
	住所	〒 103-〇〇35 東京都〇〇区〇〇1-3		電話番号	080-〇〇〇3-××××
限度額適用 対象者	フリガナ	ケンポ ハナコ		続柄	妻
	氏名	健保 花子 (男・女)		(妻長男等)	
	生年月日	昭和・平成 63年 〇月 7日			
傷病の原因		<input type="checkbox"/> 交通事故や第三者行為による負傷※1		<input checked="" type="checkbox"/> それ以外	
療養する 医療機関	名称	〇〇総合病院			
	所在地	東京都△△区〇〇12-1		電話番号	03- 22〇〇-△△44
療養期間	入院	平成29年1月3日 ~ 平成 29年1月15日見込		窓口負担の 見込額※3	<input checked="" type="checkbox"/> 自己負担限度額の目安以上 <input type="checkbox"/> 自己負担限度額の目安未満⇒申請不要
	通院 (外来)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日見込		窓口負担の 見込額※3	<input type="checkbox"/> 自己負担限度額の目安以上 <input type="checkbox"/> 自己負担限度額の目安未満⇒申請不要

被保険者のマイナンバー記載欄

※被保険者の記号番号を記入した場合は不要です。

記入は不要です

＜申請にあたっての注意事項＞

- ※1 「第三者行為による負傷」とは、他人(動物含む)からの暴力行為によるけがや、供された飲食物による食中毒などを指します。
- ※2 原則、申請日より前の月にさかのぼっての発行はできません。また、療養期間が「未定」では発行できませんので、わかる範囲でご記入ください。なお、この期間内であれば、複数の医療機関でも利用可能です。(医療機関ごとに発行するものではありません)
- ※3 入院/通院それぞれ(合算ではありません)の窓口負担の見込額について、1つの医療機関に対し1ヶ月単位(1日～末日)でご確認いただき、その額が自己負担限度額の目安未満である場合、申請は不要です。なお、自己負担限度額の目安は右下の表をご確認ください。また、窓口負担の見込額には室料差額代等の保険適用外費用を含めないようご注意ください。

＜自己負担限度額の目安＞

ブリヂストン健康保険組合決裁			
係	事務長	常務理事	
有効期間	自	年 月 1日	ア・イ・ウ・エ
	至	年 月 末日	No.

区分	標準報酬月額	給与控除される健康保険料額	窓口負担額 目安金額	自己負担限度額
ア	83万円以上	約3.1万円以上	約 255,000円/月	252,600円 + (医療費-842,000円) × 1%
イ	53～79万円	約2.0～3.0万円	約 168,000円/月	167,400円 + (医療費-558,000円) × 1%
ウ	28～50万円	約1.1～1.9万円	約 81,000円/月	80,100円 + (医療費-267,000円) × 1%
エ	26万円以下	約1.0万円以下	57,600円/月	57,600円
オ※	住民税非課税世帯		35,400円/月	35,400円

※区分「オ」:住民税非課税世帯の場合は、申請用紙が異なりますので、健保組合までご連絡ください。