

所属 支社名		支社長 確認印 (太陽営業職 員のみ押印)
連絡先(IPコード・内線等)	担当者名	
	印	印

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

※平成30年8月1日より、70歳以上の方も自己負担割合3割の方で所得区分Ⅰ・Ⅱの方は、限度額適用とするためには申請が必要となりましたのでご注意ください。

申請日:平成 年 月 日

★限度額適用認定証を申請せず、窓口で全額支払った場合でも、後日返金されますので損得はありません。カード払いできる医療機関も多いので、支払方法につきましては、個々にご確認ください。

太枠内もれなくご記入下さい

事業所	名称				
記号番号	記号		番号		
被保険者	氏名・印	印	生年月日	S・H	年 月 日
適用対象者 (認定証を使う方) ※住所は必須です	氏名	※本人は同上と記入		生年月日	S・H 年 月 日
	続柄			性別	男・女
	住所	〒 ※適用対象者の住所を記入			
使用目的 【注意】以下については保険適用外です ★通勤途中・業務中の事故→労災適用 ★第三者行為による傷病→「第三者行為による傷病届」を届出ください(TOPページ→病気やケガをしたとき→交通事故にあつたとき、を参照)	目的(いずれかに○)	入院 ・ 外来(薬局) ・ 入院・外来両方			
	使用期間(予定)	年 月 日～		年 月 日迄	
	手術日(予定)	年 月 日		※入院期間・手術日はわかる範囲の記入で結構です	
	病院名・薬局名等				
	傷病名				
※ケガの場合に記入	<ul style="list-style-type: none"> ●月日: 月 日()午前・午後 時頃 ●場所: ●状況: 				
発効開始希望月 (いずれかに○)	健保受付日の前月1日から ※前月末清算で病院に待ってもらえる場合			健保受付月の1日から ※通常はこちらです	
送付先 (いずれかに○)	自宅・()希望			事業所・所属部署・支社	
★あて先記入の封筒に、392円分の切手(書留料金分)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご注意下さい			※通常は左上の所属宛てに送付します		

※清算後に遡及することは原則できません。

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。

※退院・高額治療が終了・有効期限切れの際は限度額適用認定証は、健保まで返却下さい
 ※8月から9月に渡り必要な場合は原則8月末までの申請書と9月以降の申請書二枚が必要です
 ※月額変更により所得区分が変更になる見込みの場合は有効期限を短縮することがありますが
 後日更新した証を交付します(申請書の再提出は不要です)
 ※本人が記入できない場合は事業所担当者が記載し職印対応でかまいません

※健保 処理欄		発効年月日～有効期限	適用区分	送付日
	1	年 月1日～ 年 月末日	ア イ 現Ⅱ ウ 現Ⅰ エ	
	2	年 月1日～ 年 月末日	ア イ 現Ⅱ ウ 現Ⅰ エ	
	3	年 月1日～ 年 月末日	ア イ 現Ⅱ ウ 現Ⅰ エ	

●高額療養費の自己負担限度額の変更について

平成30年8月1日より70歳以上の高額療養費の自己負担限度額が変更になりました

※70歳以上の方は、現役並みⅠ・Ⅱの場合のみ、限度額適用認定証の交付により、下記の負担額となります

★限度額適用認定証を申請せず、窓口で全額支払った場合でも、後日返金されますので損得はありません
カード払いできる医療機関も多いので、支払方法につきましては、個々にご検討ください

標準報酬月額	自己負担限度額	70歳未満	70歳以上		
		所得区分	高齢証 負担割合	所得区分	申請について
83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	区分ア	3割	現役並みⅢ	※申請不要・高齢受給者証で限度額までとなります
53万～83万未満	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	区分イ	3割	現役並みⅡ	申請すれば左記限度内となる(申請しない場合はⅢの金額で支払いとなるが後日返金されますので損得はありません)
28万～53万未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	区分ウ	3割	現役並みⅠ	
28万円未満	57,600円	区分エ	1割 2割	一般	※申請不要・高齢受給者証で限度額までとなります

【留意事項】

※「区分ア」又は「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても 標準報酬月額での「区分ア」又は「区分イ」の該当となります

※高額療養費の算定は、月ごと・人ごと・科ごと・医療機関ごとで行われます

※差額ベッド代などの健康保険適用外分、入院時の食事負担額等は高額療養費の対象となりません

※非課税者の申請は、別様式となります