

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

申請日:平成 年 月 日

※全額窓口清算された場合は後日登録口座に限度額超過分をお支払いしますので申請は不要です
※限度額適用認定証は、退院時の清算の際に提示するもので、通常入院時に必要ではありません
※70歳以上の方は高齢受給者証で対応できますので申請不要です

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) <small>※住所は必須です</small>	氏名	<small>※本人は同上と記入</small>		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→交通事故にあったとき、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	●月日: 月 日 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 <small>※前月末清算で病院に待ってもらえる場合</small>		健保受付月の1日から <small>※通常はこちらです</small>		
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(書留料金です)を貼付して添付下さい。受取人が必要となりますのでご留意下さい		↑ ※通常は左上の所属宛てに送付します		

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がかまいません

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

●高額療養費の自己負担限度額の変更について

平成27年1月1日より高額療養費の自己負担限度額が変更になりました。

所得区分	自己負担限度額
①区分ア 標準報酬月額83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%
②区分イ 標準報酬月額53万～83万未満	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%
③区分ウ 標準報酬月額28万～53万未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%
④区分エ 標準報酬月額28万円未満	57,600円
⑤区分オ(低所得者) 被保険者が市区町村民税の 非課税者等	35,400円 ※申請書は本紙でなく9-1を使用してください。

※「区分ア」または「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」または「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・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。

※70歳から74歳までの自己負担限度額の変更はありません。