

申請前にお読みください

限度額適用認定証の有無に関わらず、医療費の最終自己負担額は同じです

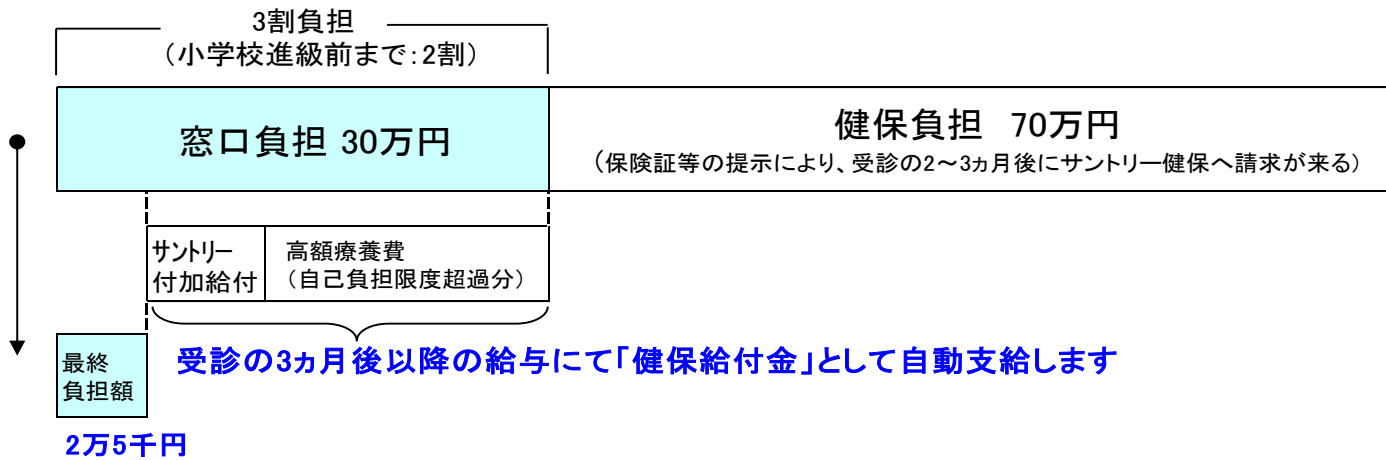
サントリー健保では、1ヵ月あたり2万5千円以上/人の医療費を支払われた場合に、2万5千円を超えた部分を「付加給付」として支給しているため、最終自己負担額は同じです。

注) 自己負担額は、1人、1ヵ月、1病院(薬局)、入院・外来ごとに算出します。

【限度額適用認定証を窓口で提示しない場合 = 3割負担分を全額お支払い】

例: 医療費総額 100万円の場合

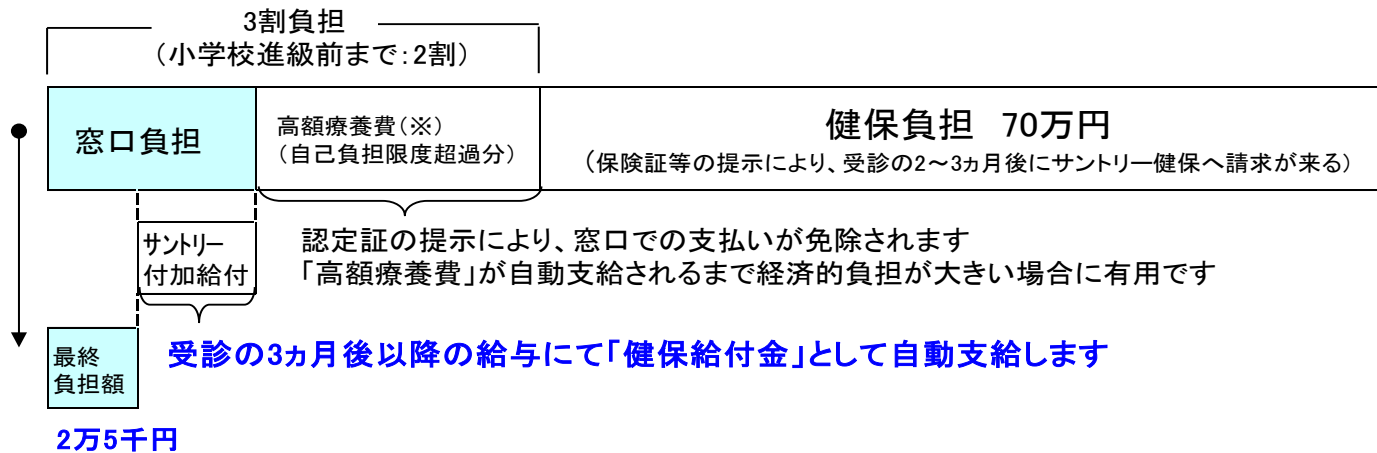
→ **申請・手続きは不要です**



【限度額適用認定証を窓口で提示する場合=自己負担限度額をお支払い】

→ **認定証の提出を求められた場合は申請ください**

注) マイナ保険証を利用すれば、認定証の提示がなくても窓口での支払いを自己負担限度額までとすることができます。その場合は申請は不要です。



※高額療養費は、被保険者(従業員)の標準報酬月額により異なります。
医療費の3割部分が自己負担限度額を下回る場合は、交付申請はしないでください。

区分	標準報酬月額	自己負担限度額
ア	83万円以上	約26万円
イ	53万円~79万円	約17万円
ウ	28万円~50万円	約8万円
エ	26万円以下	約6万円

標準報酬月額は給与明細の「お知らせ」欄に記載されています

<ご記入前にご確認ください>

- マイナ保険証を使用する場合は、申請は不要です。
- マイナ保険証を使用しない場合でも、オンライン資格確認を導入している医療機関等では限度額適用認定証が不要となるケースがありますので、一度ご確認ください。

【提出先】 〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40 サントリー大阪オフィス内 サントリー健康保険組合 宛

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

↑ 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ ↓	健康保険の 記号・番号	(記号)	(番号)	勤務先事業所	部署	
	被保険者氏名			被保険者の 生年月日	【和暦】	年 月 日
	適用認定 対象者の氏名		男・ 女	認定対象者の 生年月日	【和暦】	年 月 日 続柄
	医療機関名称					
	予定期間	入院予定期間(または高額療養費が発生する通院期間)を記入ください。 【和暦】 年 月 日 ~ 年 月 日まで / 未定				
	窓口負担額	万円 (病院でお聞きの1ヵ月の窓口負担予定額を記載ください)				
	外傷による受診ですか	いいえ・はい	[負傷原因] 外傷のみ記入			
	下記の内容も理解したうえで、「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。 ・有効期限が過ぎたり、使わなくなった「認定証」は直ちに健保組合へ返却いたします。 ・所得区分が変更となった場合、「認定証」の差替えや病院の再精算等には速やかに応じます。 【和暦】 年 月 日 被保険者 住所 _____ 氏名 _____					
	認定証は簡易書留で郵送しますので、受取可能な住所と宛名をご記入ください。					
	認定証送付先	〒 _____			TEL	
	(宛名)			携帯		

■自己負担限度額(70歳未満)

医療機関の窓口で支払う高額療養費・自己負担限度額は、被保険者の標準報酬月額に応じて異なります。

	標準報酬月額	自己負担限度額
ア	83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
イ	53万円 ~ 79万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
ウ	28万円 ~ 50万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
エ	26万円以下	57,600円

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者		
				発効日	年 月 日
				有効期限	年 月 日

適 用 区 分	標準報酬月額	区分
	千円	