Please read the following before applying:

申請前にお読みください

The final copayment amount of medical care costs is the same regardless of whether you have a Certificate of Application of Maximum Copayment Amount.

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ので、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。

[If you do not present the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount at the counter: You will need to pay the full 30% copayment amount at the counter.]

【限度額適用

例：医療費総額　100万円の場合

Example: When total medical care costs are one million yen

→申請・手続きは不要です

→ No application or procedures are required.

（小学校進級前まで：2割）

窓口負担 30万円	健保負担　70万円 （保険証等の提示により、受診の2～3ヵ月後にサントリー健保へ請求が来る）

サントリー付加給付 ／ 高額療養費（自己負担限度超過分）

最終負担額

受診の3ヵ月後以降の給与にて「健保給付金」として自動支給します

[If you present the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount at the counter: You will need to pay the Cost-Sharing Maximum Amount at the counter.]

【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】

→ If you are asked to submit the certificate, please apply for one.

→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
までとすることができます。

Note: By using a Myna health insurance card, you can limit the amount paid at the counter to the Cost-Sharing Maximum Amount. In that case, no application is required.

3割負担
（小学校進級前まで：2割）

窓口負担	高額療養費（※） （自己負担限度超過分）	健保負担　70万円 （保険証等の提示により、受診の2～3ヵ月後にサントリー健保へ請求が来る）

サントリー付加給付

認定証の提示により、窓口での支払いが免除されます
「高額療養費」が自動支給されるまで経済的負担が大きい場合に有用です

最終負担額

受診の3ヵ月後以降の給与にて「健保給付金」として自動支給します

2万5千円

※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

202411

Please check the following before filling out the form:
・Application is not required if the person uses a Myna health insurance card.
・Even if the person does not use a Myna health insurance card, please check once as presenting a Certificate of Application of Maximum Copayment Amount may not be required at some medica care institutions that have adopted the online eligibility verification system.

EXAMPLE

Submit to:By post: Suntory Health Insurance Association 2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka 530-0004

【提出先】〒530-0004 大阪市北

Request for issuance of Maximum Copayment Certificate for Health Insurance

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) 1234	(番号) 123456	勤務先事業所	SWH	部 署	総務部
被保険者氏名	健康 太郎		被保険者の生年月日	【和暦】 平成2年 8月 30日		
適用認定対象者の氏名	健康 一郎	男・女	認定対象者の生年月日	【和暦】 令和3年 11月 10日	続柄	長男
医療機関名称	○○○○○総合病院					
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】 令和●●年●●月●●日 ～ 年 月 日まで / 未定					
窓口負担額	35 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	駅の階段で転倒し、骨折した			

Health insurance Symbol
Health insurance Number
Working office
Division
Insured Person's Name
Birth Date: (YY/MM/DD)
Applied Person's Name
Birth Date of Applied Person: (YY/MM/DD)
Sex: Male (男) /Female (女)
Relationship
Hospital's Name
Month of Treatment (YY/MM/DD) ~ (YY/MM) / To be decided
Patient cost-sharing estimate
Is it due to an injury?: NO (いいえ) /YES (はい)
Cause of injury

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[illegible]病院の再精算等には速やかに応じます。

Application Date(YY/MM/DD)

【和暦】 令和●年 ●●月 ●●日

被保険者 住所 東京都○○区▲▲町1-2-34

Insured Person's Adrress

氏名 健康 太郎

Insured Person's Name

Certification is sent by simple registered mail ,fill in your adress

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	〒 123-4567 東京都○○区▲▲町1-2-34	TEL 03-1234-5678
	(宛名) 健康 太郎	携帯 090-8765-4321

Zip Code
Destination Address
Name
Telephone
Mobile Number

■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	

202411