

<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 ↓	被保険者証の 記号・番号	(記号) ●●●●	(番号) ●●●●●●	勤務先事業所	SWH	部署	総務部
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者の 生年月日	【和暦】 平成●●年●●月●●日		
	適用認定 対象者の氏名	健保 一郎	男 ・ 女	認定対象者の 生年月日	【和暦】 令和●●年●●月●●日	続柄	長男
	医療機関名称	〇〇〇〇総合病院					
	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			
	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】令和●●年●●月●●日 被保険者 住所 大阪市〇〇区〇〇町 1-2-3 氏名 健保 太郎						
	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 大阪市〇〇区〇〇町 1-2-3 (宛名) 健保 太郎				TEL 06-1234-5678	携帯 090-1234-5678

■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	