

医療費が高額になりそうなとき

70歳未満の方が受診するときには、あらかじめ「健康保険限度額適用認定証」の交付手続きをしておけば、医療機関窓口では自己負担限度額を上限とした金額を支払うだけで済み、多額の現金を用意する必要がなくなります。自己負担限度額は所得によって5段階にわかれています。この区分を明確にするために「健康保険限度額適用認定証」が必要となります。

「健康保険限度額適用認定証」を医療機関窓口で提示しないで受診した場合には対象となりませんのでご注意ください。(提示しなかった場合には、原則として診療月の3ヵ月後に事業主経由で高額療養費を支給します。申請は必要ありません。)

◆ 手続方法

【健康保険限度額適用認定申請書】の被保険者が記入するところ欄を記入し勤務先の健康保険業務担当窓口へ提出してください。(健康保険組合へ直接提出することもできます。郵送・社内便可)

◆ 交付方法

申請書受付後、要件を確認し交付します。(申請書の希望送付先欄に○印を記入してください。)
郵送の場合は特定記録郵便にて発送します。(郵便受け投函 受取印・サイン不要)
健康保険組合窓口で交付を希望する場合には必ず事前にご連絡ください。

◆ 適用区分および自己負担限度額

ア	標準報酬月額83万円以上	252,600円 + (医療費-84,200円) × 1%
イ	標準報酬月額53万円以上83万円未満	167,400円 + (医療費-558,000円) × 1%
ウ	標準報酬月額28万円以上53万円未満	80,100円 + (医療費-267,000円) × 1%
エ	標準報酬月額28万円未満	57,600円
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400円 ※住民税非課税の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて申請してください。

◆ 記入例 **記入もれのないようにご注意ください。**

健康保険限度額適用認定申請書

① (被保険者・被扶養者)

● この認定証は、医療費の自己負担額が、国が定める自己負担限度額を超えて高額となる時、窓口での支払いを法定の自己負担額までにとどめることができます。自己負担額が高額療養費に該当しない場合にはこの申請は不要です。

● 被保険者が住民税非課税の場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」で申請してください。

● 70歳未満の方が対象です。

いすゞ自動車健康保険組合 御中
健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

② 令和 3 年 7 月 1 日 提出

被保険者名 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 00 年 0 月 0 日	記号 100	番号 123456
現住所(居所) 〒 000-0000 00県00市00町0-0-0 00ハイム000号室	TEL 000-0000-0000	事業所名 00株式会社	
適用対象者名 ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 00 年 0 月 0 日	被保険者との続柄 妻	
受診理由 入院・外来・ 入院&外来	医療機関名 00総合病院		
入院予定期間 (わかる範囲で記入) 令和 3 年 7 月 10 日 ~ 5 日間・週間・ヶ月間 程度 または 未定	申請期間 令和 3 年 7 月 から 令和 3 年 10 月 まで 申請月の初日から最長で1年間		
希望送付先 ○印記入	被保険者現住所・事業所担当者・社内便(地区コード宛名)・医療機関宛(TEL)・その他		

③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨

⑨ 申請代行者 被保険者との関係 申請代行者の理由

(注) ● 申請書は適用対象者ごとに必要です。
● 事業所を経由せず健康保険組合に直接申請も可能です。
● 郵送→〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地 / 社内便→地区7 コード-健保
● 受診理由が外傷・ケガ・交通事故・けんか・動物に噛まれた等の理由は、負傷原因届を必ず添付してください。
● 発行できない場合もありますので事前に健康保険組合までご連絡ください。
● 記入もれがあると交付が遅れる場合があります。
● 当申請書に「マイナンバー」の記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

標準報酬月額	適用区分	備考欄
千円		
発効年月日 令和 年 月 日	新規・更新	常務理事 事務長 課長 担当
有効期限 令和 年 月 日	出産	

- 被保険者または被扶養者に○
- 提出する日を記入
- 連絡のとれる電話番号を記入
- 受診理由を選択
※ケガ・外傷の場合は負傷原因届の提出が必要です
※交通事故の場合には発行できない場合もありますので事前にご連絡ください
- どこの医療機関でも利用できますが受診予定の医療機関名を記入してください
- 入院の場合は予定期間を必ず記入
○日間・○週間・○ヶ月など
- 入院・外来を含め希望する交付期間を記入 ※最長1年間
- 希望送付先を選択
※入院先医療機関あて送付希望の場合には、病棟や部屋番号などを記入してください
- 被保険者が事情により手続きできない場合に限り代行申請可

- 裏紙使用不可
- 消せる筆記具使用不可(鉛筆、フリクション等)
- 記入もれのないように注意してください。(記入もれがあると交付が遅れます)

◆ 問い合わせ先

いすゞ自動車健康保険組合
〒252-0806 神奈川県藤沢市土棚8番地
TEL 0466-42-0711 FAX 0466-42-0712
総務課 限度額証担当(内線 8791-23)