

限度額適用認定申請書

| | | | | | | | |
|------|-----|----|----|------|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主任 | 係 |
| | | | | | | | |

マイナ保険証(マイナンバーカード)をお持ちの方はマイナ保険証をご利用ください。
 マイナ保険証を利用される場合、健保組合への手続きは必要ありません。

| | | | | | | | |
|----------------------------|------|---|--|---------------------|---|---|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号番号 | — | 記号番号がご不明な場合、 マイナポータル・資格情報のお知らせ等にて ご確認ください。 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日 |
| | 自宅住所 | 〒 | — | 電話番号(日中の連絡先) () | | | |
| | 事業所名 | | 所在地 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------------------------|--------------|-------|---|----|---|---|
| 認 定 対 象 者 | 氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | |
| | 該当する方を○で 囲んで下さい。 | ・これから高額療養費に該当予定の方 ・有効期限が切れて引続き利用の方 | 被保険者との 続柄 | | | | | |
| | 療養予定期間 | 令和 | 年 | 月 | ～ | 令和 | 年 | 月 |
| | ・原則受付した月の1日からの発効となります。 ・限度額適用認定証の有効期限は原則8月31日となります。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---------------------|--|--|--|--|
| 送 付 希 望 先 | ・上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。 | | | | | | |
| | 宛名 | | 電話番号(日中の連絡先) () | | | | |
| | 住所 | 〒 | — | | | | |

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。令和 年 月 日

※ 該当となるのは証の交付を受け、医療機関へ提示した場合のみです。
 それ以前や提示しなかった場合従来の方法で給付金を支給いたします。

| | | | | |
|-----------------------|----------|--------|-------|-----|
| 健 保 処 理 欄 | 発効年月日 | / / | 資格取得日 | |
| | 有効期限 | / / | | / / |
| | 適用区分 | | 証交付日 | |
| | システム No. | | | / / |
| | 更新確認 | 新規・継続 | | |
| | 旧証回収状況 | 回収・未回収 | | |
| | 旧証返納依頼日 | / / | | |

受 付 印

※被保険者等記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です。

備考欄

健康保険

負傷原因届

お怪我が原因で受診された場合、必要事項を記載いただき
石油健保まで送付をお願い致します。

被保険者情報

| | | | |
|------|--|---------------------|----------------|
| 記号 | | 番号 | |
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 自宅住所 | | 電話番号(日中の連絡先) () | |
| 事業所名 | | 所在地 | |

負傷した方

| | | | |
|------------------------------|--|--------------|-------------------|
| 氏名 | | 被保険者との 続柄 | |
| 傷病名 (負傷した部位) | | 負傷日時 | 平成 令和 年 月 日 時頃 |
| 負傷した時間帯 (状況) | 勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・その他() 通勤途中(出勤・退勤)⇒(寄り道等有・寄り道等無し) | | |
| 負傷場所 | 会社内・路上・駅構内・自宅・その他() | | |
| 該当するものは ありますか。 | 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場行事・職場行事以外) 動物による負傷(飼い主有・無)・該当なし | | |
| 負傷した時の状況 を具体的にご記入 下さい。 | | | |

令和 年 月 日、上記のとおり届出いたします。

受 付 印

※交通事故や相手がいる場合は、別途届出が必要となりますので、

石油健保・給付課(03-3265-3306)までご連絡ください。

【 限度額適用認定証の申請の流れ 】

- 1 「限度額適用認定申請書」に必要事項を記載し、石油健保まで郵送で原本を送付ください。
お怪我の治療のために申請する場合は、「負傷原因届」を添付ください。
 - 2 石油健保で申請書を受け付け後、「限度額適用認定証」をご自宅又は送付希望先住所へ簡易書留で送付いたします。
 - 3 「限度額適用認定証」を病院の窓口へご提示ください。
- ※ 次の方は限度額適用認定証の交付ができません。マイナンバーカードをご利用ください。
- ・ 「保険証」及び「資格確認書」のどちらもお持ちでない方
 - ・ 高齢受給者証をお持ちで、「自己負担割合が2割」又は「標準報酬月額が83万円以上」の方
- ※ 被保険者が市区町村民税の非課税の方は、申請書が異なりますので当組合までご連絡ください。
- 当該年度が非課税の場合、当該年度の8月から翌年7月の適用区分が「区分オ」になります。

【 病院での自己負担限度額について 】

医療機関の窓口で限度額適用認定証を提示した場合、適用区分に応じた自己負担限度額が適用されます。

適用区分に応じた自己負担限度額まで医療機関の窓口でご負担いただき、自己負担限度額を超えた部分については、高額療養費が適用（現物給付）されます。

限度額適用認定証の提示が間に合わなかった場合、後日現金給付での還付となります。還付金が発生している際は、診療月から4ヵ月後以降にご自宅へ申請書を送付いたします。

| 適用区分 | 自己負担限度額 | 多数該当 |
|--|-----------------------------------|----------|
| 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% | 140,100円 |
| 区分イ (現役並みⅡ (70歳以上)) (標準報酬月額53~79万円) | 167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% | 93,000円 |
| 区分ウ (現役並みⅠ (70歳以上)) (標準報酬月額28~50万円) | 80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% | 44,400円 |
| 区分エ (標準報酬月額26万円以下) | 57,600円 | 44,400円 |
| 区分オ (被保険者が住民税非課税者) | 35,400円 | 24,600円 |

※ 「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が適用となります。

※ 食事代の標準負担額や差額ベッド代等、保険外の自費負担はこれに含まれません。

※ 多数該当とは、高額療養費として払い戻しを受けた月数が1年間（直近12ヶ月間）で3月以上あった場合、4月目（4回目）から自己負担限度額がさらに引き下げられます。