

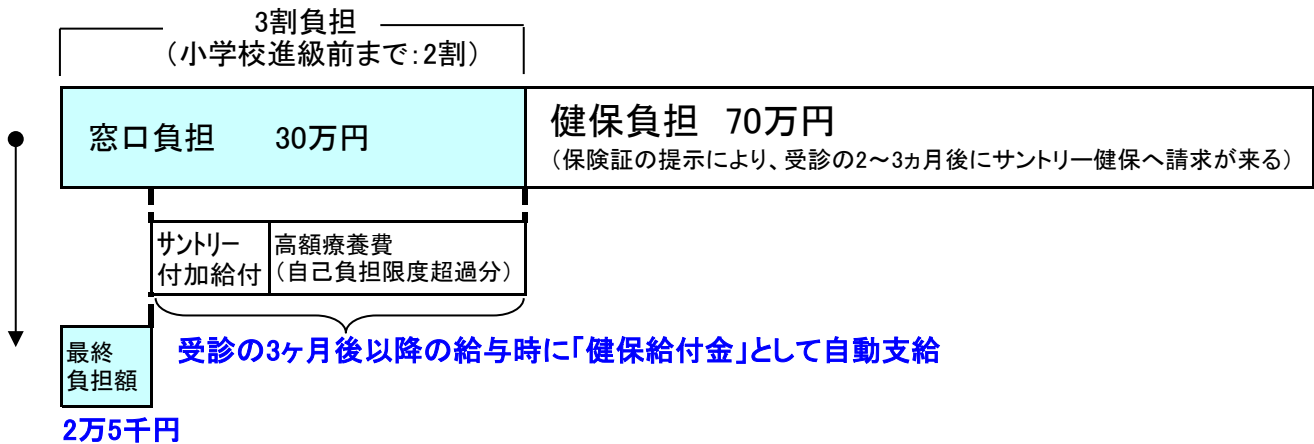
限度額適用認定証の有無に関わらず、医療費の最終自己負担額は同じです

サントリー健保では、1ヶ月あたり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。

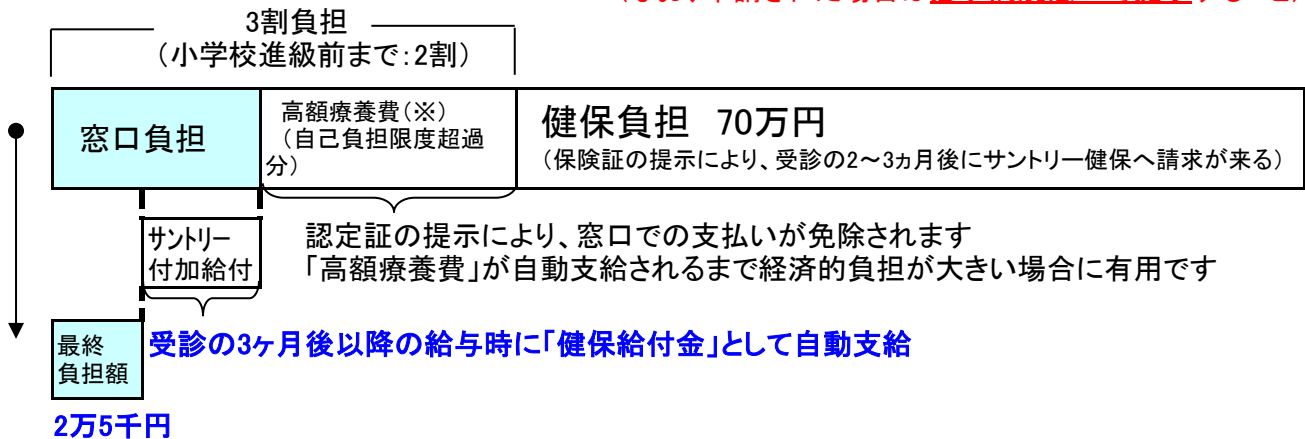
【限度額適用認定証を窓口で提示しない場合】 → **申請・手続き不用です**

例: 医療費総額 100万円の場合



【限度額適用認定証を窓口で提示する場合】 → **申請ください**

(なお、申請された場合は必ず病院窓口で提示すること)



※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申請しないでください。

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

健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

この申請がなくても、サントリー健保では高額療養費・付加給付とも、後日、自動支給しますので高額療養費が発生する(下記、**■自己負担限度額を超える**)場合のみ申請ください。

↑ 被 保 者 が 記 入 す と こ ろ ↓	被保険者証の 記号・番号		(記号)	(番号)	勤務先事業所	部署	(内線)	
	被保険者氏名				被保険者の 生年月日	昭和 平成	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	昭和 平成	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。					
			年 月 日 ~ 年 月 / 未定 まで					
	窓口負担額		万円 (病院でお聞きの1カ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。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者 氏名 (印)</div>							
	認定証は、 原則社内メールで送付 します。 自宅宛等を希望の場合、 簡易書留 での郵送となりますので受取可能な住所と宛先を記入ください。							
認定証送付先		〒				TEL		
※社内メール以外を希望するときのみ記入のこと		(宛先)				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

※被保険者の印は、被保険者(申請者)本人が自署する場合に限り押印を省略することができます

※健保処理欄	常務理事	事務長	担当者				
				発効日	年 月 日	適用区分	標準報酬月額 千円
				有効期限	年 月 日		