**（特退・任継用）**

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、

高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、

マイナ保険証をぜひご利用ください。

※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

**健康保険 限度額適用認定証の申請について**

限度額適用認定証をご利用になると、入院および外来診療を受ける場合、窓口でのお支払いが

自己負担限度額までとなります。

■申請対象者　　　　１ヶ月の１医療機関の中で、窓口負担額が下表を超える方

　　　　　　　　　　　※ただし、マイナ保険証を利用すれば、申請は不要です。

■適用区分と高額療養費自己負担限度額

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得  区分 | 適用  区分 | | 標準報酬月額 | 高額療養費の  自己負担限度額 | 特例  退職 | 任意継続 |
| 上位  所得者 | ア | | 83万円以上 | ２５２，６００円  ＋（総医療費－８４２，０００円）×１％ |  |  |
| イ | | 53万円～  79万円 | １６７，４００円  ＋（総医療費－５５８，０００円）×１％ |  |  |
| 一般  所得者 | ウ | | 28万円～  50万円 | ８０，１００円  ＋（総医療費－２６７，０００円）×１％ | ○ | ○ |
| エ | | 26万円以下 | ５７，６００円 |  | ○ |
| 低所得者 | | オ | 住民税の  非課税者 | ３５，４００円 | ○ | ○ |

※70歳未満の特例退職者（低所得者除く）の方は、「適用区分：ウ」に該当します。

※70歳未満の任意継続者（低所得者除く）の方は、「適用区分：ウ または エ」に該当します。

任意継続者の標準報酬月額は、「退職時の標準報酬月額」と「前年9月末日の全被保険者の

平均標準報酬月額（44万円）」のいずれか低い方としているため。

※「低所得者」とは、前年度市区町村民税非課税世帯です。（被保険者が非課税であることが必須）

　 70歳未満または70歳～74歳で高齢受給者証の負担割合が2割の「低所得者」の方が、限度額適用

認定証を申請する場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」にて、申請ください。

■有効開始日：申請書を当健保組合が受付した月の１日

　　　　　　　 ※受付月の前月等に遡っての適用はできません。

■有効期限 ：毎年８月３１日まで

※医療機関が変わっても期限まではそのまま使用可能です。

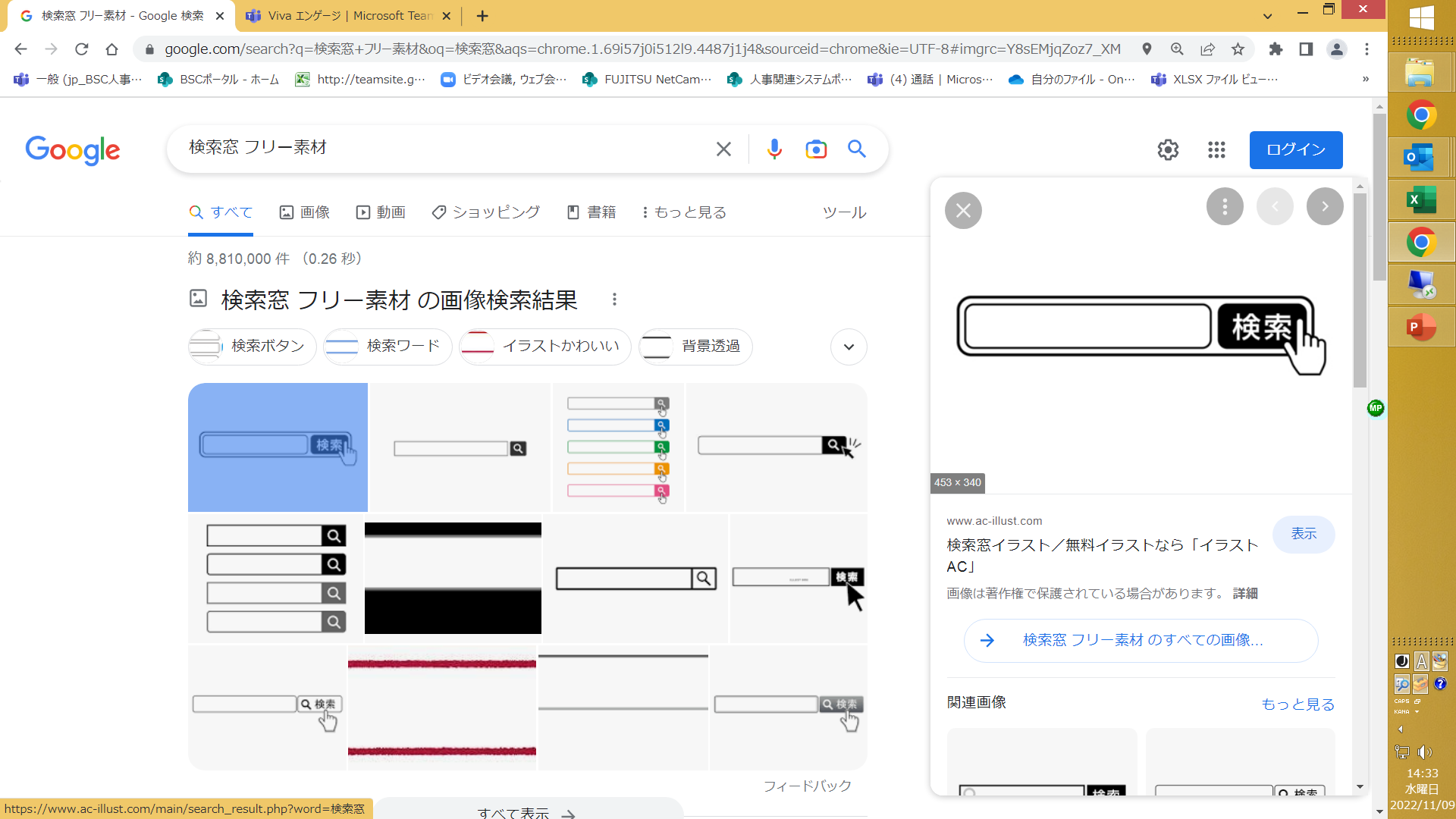
■その他 ：本認定証は、月の末日までに医療機関へ提示してください。(月をまたぐ場合は毎月提示)

　　 　※事象発生後、本認定証を提出せずにお支払いをしてしまった場合は、医療機関で

本人が負担した医療費は自動的に還付となり、本認定証を使用しなくても最終的には、

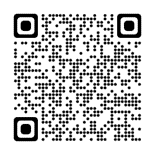
自己負担額は同じです。（約３ヶ月後に保険料振替口座に振込みします）

■送付先　　：〒５４０－０００１



富士通健康保険組合

大阪市中央区城見２丁目２－５３ 大阪東京海上日動ビル

富士通健康保険組合　事務サポートセンター

【限度額適用認定証について】

特例退職 または 任意継続担当　宛

**<記入例>　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（特退・任継用）**

**健康保険　限度額適用認定証申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 常務理事 |  | | | 事務局長 | |  | | | | 課  長 |  | | | 担  当者 |  | |
| 届出年月日 | | | | |
| ●●●●年　●月　●日 | | | | |
| 被保険者欄 | 記号 － 番号 | | 特例退職者医療制度 | | | | | | **9001** | | | | | － | ●●●●●●● | | | | | |
| 任意継続被保険者制度 | | | | | | **1851** | | | | | － |  | | | | | |
| 被保険者氏名 | | フリガナ　　　フジ　　ミチオ | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 富士　道男 | | | | | | | | | |  | | |
| 住　　所 | | 〒**●●●ｰ●●●●**  **押印は不要です。**  　神奈川県川崎市中原区小杉町●－●－● | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 自宅：●●●－●●●－●●●● | | | | | | | | | 携帯：●●●－●●●●－●●●● | | | | | | | | |
| ■７０歳以上で、「高齢受給証負担割合が２割」の方は、申請は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定証 交付対象者欄 | | 認定対象者 | フリガナ　　　フジ　　ミチコ | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | 妻 | | |
| 富士　道子  **認定証が必要な方をご記入ください。** | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成  令和 | | | ●●年　●●月　●●日　　（年齢：　●●歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用開始月 | 令　和 | ● | | | 年 | ● | | 月※原則、申請書到着月の１日が開始日となります | | | | | | | | | | |  | |
| 入院（通院）開始日 | 令　和 | ● | | | 年　●月●●日～　　●月●●日（未定の場合は未記入可） | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、申請いたします。

■注意事項

①前年度の市区町村民税が非課税世帯と認められた場合(被保険者が非課税であることが必須)には、当申請書ではなく、別紙『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』をご提出ください。

②70歳以上で「高齢受給者証の負担割合：2割」の健康保険証を医療機関へ提示することで、「所得区分：一般所得者」と同様の扱いとなることから、当認定証の発行申請は必要ありません。

前年度の市長村民税で非課税世帯の場合は、上記、①にならって申請ください。

※高齢受給者証の負担割合が3割の方は、市町村民税が非課税であっても「所得区分：現役並みⅠ」に該当

　 します。

■健保記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 標準報酬月額 | 年齢 | 適用期間 | 所得・適用区分 | | |
| 28万円～53万円 | 26万円以下 | |
| 千円 | 70歳未満 | 令和　 　年 　 　月　　 日 ～  令和　　 年 　　 月　　 日 | ウ | | エ |
| 70歳以上 | 現役並みⅠ | |  |

**（特退・任継用）**

**健康保険　限度額適用認定証申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 常務理事 |  | | | 事務局長 | |  | | | | 課  長 |  | | | | 担当者 |  | |
| 届出年月日 | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | |
| 被保険者欄 | 記号 － 番号 | | 特例退職者医療制度 | | | | | | **9001** | | | | | － |  | | | | | | |
| 任意継続被保険者制度 | | | | | | **1851** | | | | | － |  | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | 自宅： | | | | | | | | | 携帯： | | | | | | | | | |
| ■７０歳以上で、「高齢受給証負担割合が２割」の方は、申請は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定証 交付対象者欄 | | 認定対象者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成  令和 | | | 年　　　月　　　日　　（年齢：　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用開始月 | 令　和 |  | | | 年 |  | | 月※原則、申請書到着月の１日が開始日となります | | | | | | | | | | | |  | |
| 入院（通院）開始日 | 令　和 |  | | | 年　　月　　日～　　　月　　日（未定の場合は未記入可） | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、申請いたします。

■注意事項

①前年度の市区町村民税が非課税世帯と認められた場合(被保険者が非課税であることが必須)には、当申請書ではなく、別紙『**健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書**』をご提出ください。

②70歳以上で「高齢受給者証の負担割合：2割」の健康保険証を医療機関へ提示することで、「所得区分：一般所得者」と同様の扱いとなることから、当認定証の発行申請は必要ありません。

前年度の市長村民税で非課税世帯の場合は、上記、①にならって申請ください。

　※高齢受給者証の負担割合が3割の方は、市町村民税が非課税であっても「所得区分：現役並みⅠ」に該当

　 します。

■健保記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 標準報酬月額 | 年齢 | 適用期間 | 所得･適用区分 | | |
| 28万円～50万円 | 26万円以下 | |
| 千円 | 70歳未満 | 令和　 　年 　 　月　　 日 ～  令和　　 年 　　 月　　 日 | ウ | | エ |
| 70歳以上 | 現役並みⅠ | |  |