

## 限度額適用認定証の制度について

### ★「限度額適用認定証」の交付申請をされる前に次のことをご確認ください。

- この制度は、医療機関別、受診者別、入院別、通院別に分けて、ひと月(1日～末日)の医療機関での窓口支払額が自己負担限度額を超える場合(超えた部分が高額療養費)に、「限度額適用認定証」を医療機関窓口で提示することで窓口支払額を該当区分(所得区分)の自己負担限度額までにおさえることができるという制度です。  
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。
- 「複数の病院を合計すると高額になる。」「家族を合計すると高額になる。」「同じ病院でも入院分と通院分を合計すると高額になる。」「2ヶ月分を合計すると高額になる。」という場合であっても、ひと月分をそれぞれ個別に計算して自己負担限度額を超えていなければ認定証を提示しても窓口支払額は変わりません。
- 「限度額適用認定証」を使用せずに医療機関窓口で自己負担限度額を超える額(高額療養費)を支払われた場合、当組合の場合は申請の手続きをしなくても通常3～4ヶ月後には自動計算の上、自己負担限度額を超えた部分が高額療養費として自動支給されますので最終的なご自身の負担額は変わりません。
- この制度の対象となる医療機関は保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者で、鍼灸、柔道整復、あん摩マッサージの施術は対象外です。
- この制度を利用するには医療機関等での窓口支払の前に「限度額適用認定証」を提示することが必要ですので、窓口支払額が自己負担限度額を超えそうな場合は事前に認定証の交付申請をしてください。
- 「限度額適用認定証」に記載の所得区分により自己負担限度額(窓口支払額)が異なります。

### 限度額適用認定証の交付について

#### ★「限度額適用認定証」交付の手続き方法

- 入院前または通院前(窓口支払前)にあらかじめ当組合に「健康保険 限度額適用認定証交付申請書」を提出し、「限度額適用認定証」の交付を受けてください。  
被保険者以外の方からの申請の場合、ご申請内容・状況により被保険者の方に確認を取らせていただく場合があります。被保険者了承が取れない場合、申請を受理いたしかねる場合がありますのでご了承ください。
- 交付後、「限度額適用認定証」は簡易書留にて郵送(社内便送付の場合を除く)いたしますので必ず受取りが必要になります。(ご入院先の病棟への送付は不着となることがある為、原則お受けいたしかねます。)当組合の被保険者または被扶養者以外の方が受取りをされる場合は、必ず代理受領者の了承が必要となります。本証を受取りされる方がいらっしゃらない場合は申請を受理いたしかねます。
- 入院または通院する医療機関等の窓口で「健康保険証」と「限度額適用認定証」を提示してください。

#### ★「限度額適用認定証」の有効期限(適用期間)

- 交付申請時にお申し出の入院または通院予定期間に応じて当組合が決定します。  
ただし、在職中の方は9月～翌年8月までの1年間、任意継続および特例退職被保険者の方は4月～翌年3月までの1年間が最長の有効期限となります。この期間内で認定証が必要な期間をご申請ください。
- 被保険者の標準報酬月額が変更になり所得区分が変更となった際は、認定証に記載の有効期限に関わらず認定証を再交付しますので、変更前の認定証は返納してください。
- 入院中または通院中に認定証に記載の有効期限が到来した場合は、再度「健康保険 限度額適用認定証交付申請書」を当組合に提出してください。改めて交付しますので期限到来分の認定証は返納してください。

#### ★「健康保険 限度額適用認定証交付申請書」の提出先

〒541-0041 大阪市中央区北浜4-5-33 住友商事健康保険組合  
TEL:06-6220-6172 / FAX:06-6232-3608

上記のとおり、「限度額適用認定証」の交付申請をしない場合でも、当組合では高額療養費は自動計算の上、3～4ヶ月後には被保険者に支給されますので最終的な自己負担額は変わりません。

## ★所得区分ごとの自己負担限度額(認定証提示による窓口支払額)の計算例 (平成27年1月診療以降)

## 【所得区分が[ア](標準報酬月額が83万円以上)の場合】

$$\text{区分[ア]の自己負担限度額} = 252,600\text{円} + (\text{総医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$$

医療費総額	窓口支払額		認定証提示による 窓口支払額での効果
	認定証の提示 無	認定証の提示 有	
500,000円の場合	150,000円	150,000円	なし
842,000円の場合	252,600円	252,600円	なし
1,000,000円の場合	300,000円	254,180円	▲45,820円

従って、1つの病院でのひと月の窓口支払額が252,600円(医療費総額が842,000円)を超えない場合は、医療機関窓口で認定証を提示しても意味がありません。

## 【所得区分が[イ](標準報酬月額が53万円以上83万円未満)の場合】

$$\text{区分[イ]の自己負担限度額} = 167,400\text{円} + (\text{総医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$$

医療費総額	窓口支払額		認定証提示による 窓口支払額での効果
	認定証の提示 無	認定証の提示 有	
558,000円の場合	167,400円	167,400円	なし
800,000円の場合	240,000円	169,820円	▲70,180円
1,000,000円の場合	300,000円	171,820円	▲128,180円

従って、1つの病院でのひと月の窓口支払額が167,400円(医療費総額が558,000円)を超えない場合は、医療機関窓口で認定証を提示しても意味がありません。

## 【所得区分が[ウ](標準報酬月額が28万円以上53万円未満)の場合】

$$\text{区分[ウ]の自己負担限度額} = 80,100\text{円} + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$$

医療費総額	窓口支払額		認定証提示による 窓口支払額での効果
	認定証の提示 無	認定証の提示 有	
267,000円の場合	80,100円	80,100円	なし
300,000円の場合	90,000円	80,430円	▲9,570円
500,000円の場合	150,000円	82,430円	▲67,570円
1,000,000円の場合	300,000円	87,430円	▲212,570円

従って、1つの病院でのひと月の窓口支払額が80,100円(医療費総額が267,000円)を超えない場合は、医療機関窓口で認定証を提示しても意味がありません。

## 【所得区分が[エ](標準報酬月額が28万円未満)の場合】

$$\text{区分[エ]の自己負担限度額} = 57,600\text{円}$$

医療費総額	窓口支払額		認定証提示による 窓口支払額での効果
	認定証の提示 無	認定証の提示 有	
192,000円の場合	57,600円	57,600円	なし
300,000円の場合	90,000円	57,600円	▲32,400円
500,000円の場合	150,000円	57,600円	▲92,400円
1,000,000円の場合	300,000円	57,600円	▲242,400円

従って、1つの病院でのひと月の窓口支払額が57,600円(医療費総額が192,000円)を超えない場合は、医療機関窓口で認定証を提示しても意味がありません。

住友商事 健康保険組合	常務理事	事務長	担当

## 健康保険 限度額適用認定証交付申請書

住友商事健康保険組合理事長殿

下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。

申請書記入日 令和 年 月 日

太枠内のみご記入ください。

健康保険被保険者証の 記号		被保険者氏名			
番号		署名する場合、押印を省略可			
被保険者住所		〒 -			
事業所名		連絡先電話番号			
適用 対象者 について	適用対象者氏名		続柄	性別	生年月日
				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
	入院・通院予定 (又は入院・通院中)の 保険医療機関名・電話番号		医療機関名		入院・通院の別(該当に○)
			電話番号 - -		1. 入院で高額になる 2. 通院で高額になる 3. 両方とも高額になる
	限度額適用認定が必要 と見込まれる期間 (認定証の交付期間(月単位))		医療費が高額になると見込まれる認定証が必要な期間(月単位)をご記入ください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
入院・通院の開始日および 退院・通院終了予定日		日程が分かる場合はご記入ください。退院日や通院終了日未定の場合は開始日のみご記入ください。 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
治療の内容 (1または2に○)	1. 病気	病気の内容を記載してください。			
	2. 負傷	負傷原因に関して、該当するものに○をつけてください。④については内容をご記入ください。 ①交通事故 ②他人の加害行為 ③通勤途中の負傷 ④その他( ) <b>負傷の場合、下記を必ずご提出ください。付加金の支給がある場合、必須となります。</b> ①②の場合は別紙「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。 ③④の場合は別紙「健康保険負傷届」の提出が必要です。③の場合、労災に該当するかを会社の人事にご確認ください。			
認定証送付先住所・氏名		〒 -			
被保険者住所と異なる場合に記載※		※住友商事(株)の方で社内便送付でもよしい方は、部署名・所在地をご記入下さい。			
被保険者・被扶養者以外の方が 代理受取される場合 (該当するものに○および記入)		・ 代理受取者 (受取者氏名) 了承済み (受取者TEL)		・ 代理受取者の了承 を得ていない	

(注)被保険者以外の方が申請される場合や代理受取者の了承を得ていない場合に申請を受理いたしかねる場合があります。予めご了承ください。

**限度額適用認定証が不用になった場合や有効期限が過ぎた場合は必ず当組合に返納してください。**

健 保 組 合 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	適用区分	
	認定証回収日	令和 年 月 日

受付年月日
標準報酬月額