

記入例は2ページ目にあります

オンライン資格確認を導入している医療機関では

限度額適用認定証の準備が不要になりました！



※オンライン資格確認を導入していない医療機関や導入していても本人の同意がない場合等は、限度額適用認定証が必要です。

限度額適用認定証とは？

窓口での支払が高額になる場合に、自己負担額を所得に応じた限度額にするために医療機関に提出する証類です。

何が変わるの？どんなメリットがあるの？

これまでは

医療機関・薬局の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめるためには、事前に申請し「限度額適用認定証」の準備が必要でした。

これからは

「限度額適用認定証」がなくても、限度額を超える支払いが免除されます。

※ご加入されている医療保険がデータを登録していない場合には、これまでと同じ扱いとなります。

医療機関・薬局に提供される情報は？

患者本人が医療機関での情報提供に同意すると、以下の情報が共有されます。

- 保険者番号
- 被保険者証記号・番号
- 枝番
- 限度額適用認定証区分
- 適用区分※1
- 交付年月日
- 回収年月日
- 長期入院該当年月日※2

※1 自己負担限度額を算出する際に適用する区分であり、被保険者等の標準報酬や前年度所得の水準に応じて設定されるものです。特定疾病療養受療証の特定疾病区分についても、本人の同意があれば医療機関・薬局で閲覧可能です。

※2 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付対象者であれば医療機関に共有されます。

| 健康保険組合処理欄 | | | |
|-----------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係員 |
| | | | |

記入例

受付印

健康保険限度額適用認定申請書 (70歳未満の方が対象)

◆ 太枠内をボールペンでご記入して下さい。

| | | | | |
|--|---|--|--|-----------------------------|
| 被保険者 | 記号 〇〇 | 番号 〇〇〇〇 | 氏名 被保険者（従業員）の氏名、生年月日をご記入ください | 生年月日 昭和 |
| 被保険者の住所・連絡先 | 被保険者（従業員）の郵便番号、住所、電話番号を記入してください | | | |
| 事業所名 | トヨタ紡織(株) | (その他の事業) | トヨタ紡織株の従業員の方以外は、会社名を記入してください | |
| 所属 連絡先 | 所属と所属の連絡先をご記入ください | | | 室・課 係・G 線 |
| 適用対象者の氏名 | 高額な医療を受ける方の氏名、生年月日、続柄、性別をご記入ください ・女 | | | |
| 今回の申請について | 療養を受ける医療機関名称 | 療養を受ける医療機関名と所在地をご記入ください | | |
| | 傷病名 | 傷病名をご記入ください | 発病又は負傷の原因 | ケガの場合は、負傷の原因をご記入ください |
| | 入院(療養)期間(見込み) | 入院(療養される)期間をご記入ください | | |
| | 確認事項(該当に✓) | 傷病の原因は、第三者行為(交通事故・喧嘩等)で受傷し、 今回の傷病は、通勤途中又は業務中によるものですか? 適用対象者は医療助成受給者ですか? <はいの場合記入> <input type="checkbox"/> 乳幼児(子ども)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 連絡事項 | 事後申請の場合は、「医療費未精算」等、未精算である事をご記入ください | | | |
| 証送付先 (○をつける) <small>※職場以外の送付は必ず理由を記入してください</small> | 1. 職場(社内便) 2. 被保険者の自宅(郵送) ※上記被保険者の住所に送ります <理由> 被保険者が療養中・その他() 3. その他の送付先(郵送) 〒 — <理由> 被保険者が療養中・その他() | | | |
| 上記の また、記 | 被保険者（従業員）の署名をお願いします | | | |
| 被保険者氏名 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇 〇 〇 〇 | | | |

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その目的以外には使用致しません。

【注意事項】

認定証の有効期限は、申請月から入院(見込み)期間の翌月末迄です。(最大1年間)

有効期限に達した時は速やかに返還して下さい。また有効期限以降も必要の際は再申請手続きをお願いします。

以下の場合も認定証を返還して下さい。

1. 被保険者または適用対象者が資格喪失した時
2. 認定証を使用する予定がなくなった時
3. 被保険者または適用対象者についての記載事項に変更が生じた時
4. その他、健康保険組合からの返還依頼があった時