

限度額適用認定申請書の手続きについて

限度額適用認定証の申請をする前に！！



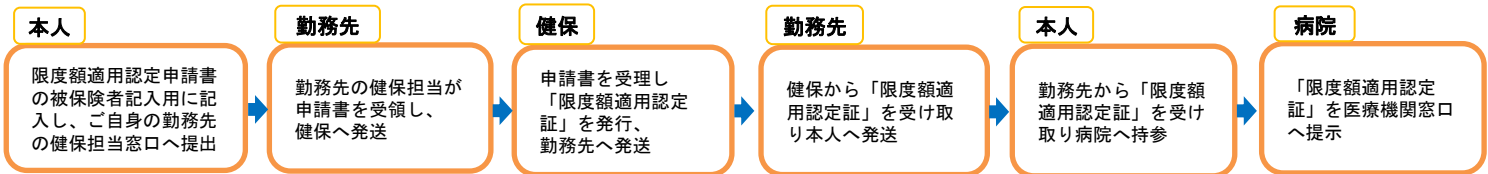
マイナ保険証を利用すれば、**限度額適用認定証等がなくても**、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。マイナ保険証をぜひご利用ください。

* マイナンバーカードの保険証登録がお済みでない方も、医療機関や調剤薬局に設置のカードリーダーで利用登録が簡単にできます。受診の際はマイナンバーカードをお持ちください。

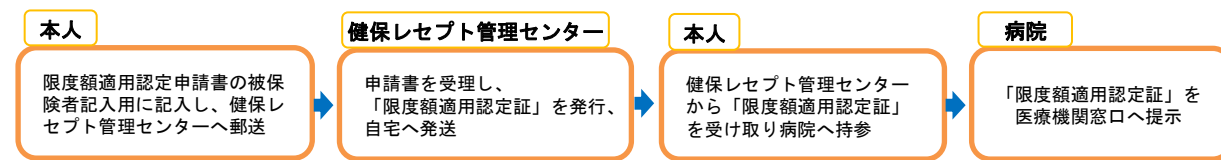
使ってみよう！
マイナ保険証

【限度額適用認定証申請の流れ】

一般（含：その認定家族）



特例退職被保険者制度・任意継続被保険者制度



【注意事項】

- 認定証の有効開始日は、本申請書を東芝健保が受け付けた月の一日になります。受付月の前月に遡っての適用はできませんのでご承知おきください。
- 外傷性疾病（ケガ・やけど等）で受診の場合は、P. 2『限度額適用認定申請用 傷害事故届』を必ず添付してください。
- 70歳以上で高齢受給者証の負担割合が2割の方、および高齢受給者証の負担割合が3割で所得区分が現役並みⅢ（標準報酬月額83万円以上）の方は、申請不要です（お手持ちの高齢受給者証が限度額適用認定証を兼ねています）。
- 認定証を提示せず自己負担（3割または2割）した医療費に対しては、原則、受診の約3カ月後に東芝健保から還付金が支給（自動払い）されます。（事業主経由で還付。※特退・任継は指定口座に振込）このため、本制度を利用しない場合も、最終的な自己負担額に差異はありませんので、窓口でお支払いが済んでいる方は、申請不要です。
- 認定証は、有効期間内であれば医療機関や調剤薬局が変わっても使用可能です。
- 認定証の不適正な使用が判明した場合は、東芝健保から還付金を返納いただく場合があります。
- 低所得者（住民税非課税世帯）の方は書式が異なりますので、東芝健保または特退・任継の方は健保レセプト管理センターまでご連絡ください。
- オンライン資格確認が可能な医療機関では、「限度額適用認定証」は必要ありません。

【申請書提出先と認定証送付先について】

- * 申請書は勤務先の健保担当窓口（一般的には総務部（課）や管理部（課）など）へ提出してください。認定証は同担当経由で送付します。
- * 特例退職被保険者制度・任意継続被保険者制度に加入されている方は、健保レセプト管理センターへ郵送してください。健保レセプト管理センターの住所は「特退のしおり または、任継のしおり」にてご確認ください。認定証は自宅に送付します。

健康保険 限度額適用認定申請書

申請対象：①70歳未満の受診者（低所得者除く）
②高齢受給者証の負担割合3割
（現役並みⅠ・Ⅱ）の受診者

1 2

被保険者（申請者）記入用

（注）マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

記載欄 事業主（所）	適用事業所記号				健保責任者	健保担当者	所属上長	庶務係
	健保担当者 電話番号							

記入日：令和 年 月 日

被保険者情報	会社名					被保険者証			
	所属					記号	番号		
	氏名	(フリガナ)							
	住所	〒 -				生年月日			
電話番号 (日中の連絡先)	電話番号 ()								

認定対象者欄	療養を受ける方の氏名	(フリガナ)		生年月日			被保険者との続柄	使用区分 (複数可)	
	入院期間 (予定)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	頃	<input type="checkbox"/> 未定 (未定時は未定に☑)	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院	
	通院期間 (予定)	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	頃	<input type="checkbox"/> 未定 (未定時は未定に☑)			
	受診医療機関 (予定)	名称				診療科	科		
		住所				電話番号	()		

受診の原因 外傷性疾患（ケガ・やけど等）ですか？ はい → P.2の『限度額適用認定申請用 傷害事故届』を必ず添付してください。
 いいえ

備考欄

申請代行者欄	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請をする場合にご記入ください。							
	氏名	(フリガナ)				被保険者との関係		
	住所	〒 -				申請代行の理由		
電話番号 (日中の連絡先)	電話番号 ()				<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で手続きできないため			
					<input type="checkbox"/> その他 (理由をご記入ください) 理由：			

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。

健保使用欄										
担当者					ア・イ・ウ・エ	H	会	自	他	続柄コード
					R	社	レ	普	速	

東芝健康保険組合

(本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。)

(K0602-P)

1/2

記入日：令和 年 月 日

被保険者情報	会社名	被保険者証	
	所属	記号	番号
	氏名 (フリガナ)	生年月日	
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	年 月 日	

□がある項目は必ずいずれかにチェック□をお願いします

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	□ 被保険者 ・ □ 被扶養者 [氏名]	
	負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	□ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト □ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 □ 無職 □ その他 ()	労災保険に特別加入 していますか。 □ している □ していない
	傷病名		
	負傷日時	令和 年 月 日 □ 午前 ・ □ 午後	時 分頃
	負傷した時間帯 (状況)	□ 勤務時間中 □ 勤務日の休憩中 □ 出張中 □ 職場行事 □ 学校生活中 □ 通勤途中 (□ 出勤 □ 退勤 / □ 寄り道等有り □ 寄り道等無し) □ 私用中 □ その他 ()	
	負傷場所	□ 会社内 □ 路上 □ 駅構内 □ 学校内 □ 自宅 □ その他 ()	
	負傷原因	□ 交通事故 □ 暴力(ケンカ) □ スポーツ □ 動物による負傷(飼い主：□ 有 □ 無) □ その他 ()	
	負傷時の飲酒の有無	□ 飲酒無し □ 飲酒あり	
	相手はいますか。 また、その場合は、あなたは被害者ですか、 加害者ですか。	相手：□ 有 → □ あなたは被害者 → □ あなたは加害者 □ 無	※相手がいる負傷の場合は 「第三者行為による負傷届」の 届出が必要です。
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。		
治療経過	令和 年 月 日現在 □ 治癒 □ 治療継続中 □ 中止		
治療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで・□ 未定		

備考欄