

# 医療費に係る高額療養費現物給付化について

## 高額療養費の現物給付化

被保険者が**事前に健保組合に申請し、「限度額適用認定証」の交付を受ける**ことにより、医療機関等での窓口負担が、「自己負担限度額（下表参照）」のみで済みます。但し、食事代の標準負担額や健康保険適用外の費用については、限度額は適用されません。

### <高額療養費の自己負担限度額>

#### 70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額（1ヶ月単位・医療機関毎）
標準報酬月額83万円以上	252,600円＋（総医療費-842,000円）×1%
標準報酬月額53万円以上83万円未満	167,400円＋（総医療費-558,000円）×1%
標準報酬月額28万円以上53万円未満	80,100円＋（総医療費-267,000円）×1%
標準報酬月額28万円未満	57,600円
低所得者（住民税非課税世帯）	35,400円

**70歳以上の方** 現役並みⅡ、Ⅰの方は限度額適用認定証を提示することで自己負担限度額までの支払いとなります。現役並みⅢ、一般の方は高齢受給者証を提示することで自己負担限度額までの支払いとなりますので、申請不要です。

所得区分	自己負担限度額（1ヶ月単位・医療機関毎）
現役並みⅢ（標準報酬月額83万円以上）	252,600円＋（総医療費-842,000円）×1%
現役並みⅡ（標準報酬月額53万円以上83万円未満）	167,400円＋（総医療費-558,000円）×1%
現役並みⅠ（標準報酬月額28万円以上53万円未満）	80,100円＋（総医療費-267,000円）×1%
一般（標準報酬月額28万円未満）	外来：18,000円 入院：57,600円
低所得者Ⅱ（住民税非課税世帯）	外来：8,000円 入院：24,600円
低所得者Ⅰ（住民税非課税世帯 年金収入80万円以下等）	外来：8,000円 入院：15,000円

総医療費に、実際にかかった医療費総額（1ヶ月単位・医療機関毎・食事代、保険外除く）をあてはめて計算すると、自己負担限度額（窓口で負担する額）が算出されます。

### <ご注意>

自己負担額が、上表で計算した額を超えない場合は、通常どおり医療費の自己負担割合分（3割又は2割相当分）を窓口で負担することになります。

### <付加給付について>

J S R 健保独自の付加給付（自己負担額から25,000円を控除した額）については、窓口では適用されません。対象者には、診療月の約3～4ヵ月後に自動支給されます。また、高額療養費の多数該当や世帯合算対象者についても、窓口では適用されないため、自己負担限度額との差額が診療月の約3～4ヵ月後に自動支給されます。いずれも本人からの請求手続きは必要ありません。

※但し、国や市区町村から医療費助成を受けられている場合は、付加給付との調整があります。

## 提出書類

① 健康保険限度額適用認定証交付申請書（必要事項を記入し、健保組合へ提出して下さい。）

※低所得者の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」の提出が必要となりますので、該当の方は健保組合までご連絡下さい。

## 提出ルート

被保険者



JSR健保

## 認定証の交付

健保組合から「健康保険限度額適用認定証」を交付いたします。

認定証の発効年月日は、**原則として申請書を健保で受け付けた日の月初から**となります。

認定証の有効期限は、最長1年までとなります。

※低所得者の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付いたします。

## 注意点

- 発病又は負傷の原因が、業務上・通勤途上中の事故による場合は、労働者災害補償保険（労災保険）の給付の対象となるため、この「限度額適用認定証」の申請はできません。
- 負傷の原因が、第三者の行為による場合は、申請前に健保組合までご相談下さい。原則第三者が治療費を負担するため、限度額の適用を受ける必要がない場合があります。
- 交付されました認定証は「被保険者の資格がなくなったとき」「被扶養者でなくなったとき」「有効期限が切れたとき」は健保組合に返却することが義務付けられておりますので、管理にはご注意ください、**必ず返却してください。**

### 【提出先・お問い合わせ】

社内便：Y990 給付担当

社外便：〒510-8552 三重県四日市市川尻町100 JSR健康保険組合 給付担当

TEL：059-345-8004 内線：227-3049

(頁. 5)

係	事務長	常務理事

※この申請書は、対象者毎に提出して下さい。

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

下記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

申請年月日				令和 年 月 日			
被保険者証の記号番号		記号	番号	被保険者氏名		①	
被保険者の生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		事業所名称		連絡先(内線)	
被保険者の住所		〒 -		電話			
適用対象者	氏名			被保険者との続柄		性別	男 ・ 女
	住所	〒 -		電話			
対象者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		公費該当	*自己負担額について国・地方自治体で助成を受ける資格がありますか? <input type="checkbox"/> あり(公費の名称: ) <input type="checkbox"/> なし		
	療養予定期間	*認定証の発効年月日は、原則として申請書受付日の月初からとなります。 *有効期限は最長1年です。ただし、未定の場合は6ヶ月間で発行いたします。					
発病又は負傷の原因が、業務上又は通勤途上の事故によるものですか?						はい ・ いいえ	
第三者の行為(交通事故・けんか等)又は自損事故によるものですか?						はい ・ いいえ	
認定証の希望送付先		<input type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: エリア: ) <input type="checkbox"/> 社外便(事業所住所: 所属: ) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 適用対象者の住所へ郵送(特定記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所					

**骨折・捻挫等ケガの場合は、以下も記入して下さい。**

負傷年月日	令和 年 月 日 ( 曜 ) 午前 時 分頃 午後	事故発生場所	
負傷原因	<input type="checkbox"/> 相手のいる交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故(自己の運転操作誤り) <input type="checkbox"/> 自己の転落・転倒等によるケガ <input type="checkbox"/> スポーツによるケガ <input type="checkbox"/> その他	負傷状況(詳しく)	

<注意事項>

(R元.5)

発病又は負傷の原因が、業務上又は通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付の対象となるため、この限度額適用認定証の交付申請はできません。また、第三者の行為により被った傷病についてこの証の発行を希望する場合は、ご申請の前にまずご連絡下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

### ◎健保処理欄

交付年月日	令和 年 月 日	認定証	受領印	<b>健保受付日付印</b>
発効年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 回不		
有効期限	令和 年 月 日			
適用区分	月額 千円	ア・イ・ウ・エ 現Ⅱ・現Ⅰ		

# 記入例

J S R健康保険組合 御中

※この申請書は、対象者毎に提出して下さい。

係	事務長	常務理事
押	印	不 要

健保組合へ提出する日を記入して下さい。

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

押印を忘れずに

保険証を見て記入して下さい。の交付を申請します。 申請年月日 令和 \*\*年 \*\*月 \*\*日

被保険者証の記号番号	記号 ** 番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎			
被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 *年 *月 *日 <input type="checkbox"/> 令和	事業所名称	〇〇〇株式会社	連絡先(内線)	****-****	
被保険者の住所	〒 *** - **** 三重県四日市市〇〇町****		任意継続の方は「任意継続」と記入下さい。	任意継続の方は、記入不要です。		
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者の続柄	妻	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	〒 - 同上		公費該当の場合、自己負担限度額の申請をしなくても限度額が適用される場合があります。詳しくは公費の実施機関へお問い合わせ下さい。		
療養予定期間	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 *年 *月 *日 <input type="checkbox"/> 令和	公費該当	自己負担額について、国・地方自治体で助成を受ける資格がありますか? <input type="checkbox"/> あり(公費の名称: ) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	療養予定期間	*認定証の発効年月日は、原則として申請書受付日の月初からとなります。 *有効期限は最長1年です。ただし、未定の場合は6ヶ月間で発行いたします。 令和 **年 *月 ~ 令和 **年 *月 / 未定				
認定証の希望送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 社内便(所属テレNo.: Y*** エリア: A93) <input type="checkbox"/> 社外便(事業所住所) <input type="checkbox"/> 被保険者の住所へ郵送(配達記録) <input type="checkbox"/> 適用対象者の住所へ郵送(配達記録) <input type="checkbox"/> 直接健保事務所へ来所			所属: )		

**療養予定期間は申請月から最長1年間の範囲で記入して下さい。**  
 ・未定の場合は6ヶ月間で発行させていただきます。最長で発行して欲しい方は、1年の期間を記入して下さい。  
 ・有効期限が過ぎてからも認定証が必要な場合は、再申請して下さい。

わかっている場合のみ記入して下さい。

**骨折・捻挫等ケガの場合は、以下も記入して下さい。**

負傷年月日	令和 年 月 日 ( 曜 ) 午前 時 分頃 午後	事故発生場所
負傷原因	<input type="checkbox"/> 相手のいる交通事故 <input type="checkbox"/> 自損事故(自己の運転操作誤り) <input type="checkbox"/> 自己の転落・転倒等によるケガ <input type="checkbox"/> スポーツによるケガ <input type="checkbox"/> その他	負傷状況(詳しく)

<注意事項>

発病又は負傷の原因が、業務上又は通勤途上の事故による場合は、労災保険からの給付の対象となるため、この限度額適用認定証の交付申請はできません。また、第三者の行為により被った傷病についてこの証の発行を希望する場合は、ご申請の前にもご連絡下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

骨折、捻挫、挫傷、打撲など「ケガ」による場合は、高額療養費・付加給付等支給対象有無の確認が必要となりますので、必ず記入して下さい。

健保受付日付印
---------