

## 「健康保険限度額適用認定証申請書」の手続きについて

前年度の市区町村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、「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。

1. 申請書類 「健康保険 限度額適用認定証申請書」
2. 申請対象者 70歳未満の方で、1 か月・1 医療機関の中での窓口負担額が下表を超えた方が申請対象となります。

所得区分	適用区分	自己負担限度額	
		過去1年間に高額療養費の支払が3回目まで	4回目から (多数該当)
標準報酬月額 83万円以上	ア	252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1%	140,100円
標準報酬月額 53～79万円	イ	167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1%	93,000円
標準報酬月額 28～50万円	ウ	80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1%	44,400円
標準報酬月額 26万円以下	エ	57,600円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	オ	35,400円	24,600円

3. 「限度額適用認定証」を受け取ったら  
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)  
一医療機関でのひと月の自己負担額が「高額療養費の自己負担限度額」までとなります。
4. 有効開始日 申請書が健康保険組合に到着した月の1日
5. 有効期限 毎年8月31日 迄  
※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が、被保険者の標準報酬月額の変動により区分(ア～エ)が変わることがあります。その際、新しい証書に差替えとなります。
6. 書類送付先
  - (1) 富士通、富士通研究所、および富士通セミコンダクターの方  
川崎工場 本-0733 人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛
  - (2) (1) 以外の関係会社の方 各事業所人事労務担当部門 社会保険担当 宛
  - (3) 任意継続・特例退職者の方 富士通健康保険組合 適用給付グループ  
任意継続 または 特例退職者医療制度 担当 宛

以 上

## 記入例

太枠の中を記入捺印ください。

健康保険  
限度額適用認定証申請書

常務理事		事務長		課長		担当者	
------	--	-----	--	----	--	-----	--

被保険者証	記号	1110	番号	999999	氏名	富士通 太郎		
申請対象者	氏名	富士通 花子			被保険者との続柄	妻		
	生年月日	昭和・平成 40 年 10 月 1 日 ( 45 歳)						
使用開始月	平成 24 年 4 月							
医療機関	医療機関名	富士通〇〇病院						
	所在地	〒211-0053 神奈川県川崎市中原区小杉町 〇 - 〇 - 〇 Tel ( 〇〇 - 0000 - 0000 )						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 24 年 4 月 1 日</p> <p>住所 〒211-0053 川崎市中原区上小田中 〇 - 〇</p> <p>被保険者 氏名 富士通 太郎</p>								
事業所名	富士通株式会社			所属	第〇営業部		連絡先	0000 - 0000

備考欄		事確業認所印	
-----	--	--------	--

## [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『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。
- ② 70 歳以上の方は、『高齢受給者証』を医療機関へ提示することで同様の扱いとなることから、当証書の発行申請は必要ありません。(ただし、前年度の市町村民税で非課税世帯(被保険者が非課税であることが必須)の場合には、上記①にならってください。)

健保記入欄	標準報酬月額	適用開始月	限度額適用区分
	千円	年 月	ア・イ・ウ・エ

健康保険  
限度額適用認定証申請書

常務理事		事務長		課長		担当者	
------	--	-----	--	----	--	-----	--

被保険者証	記号		番号		氏名			
申請対象者	氏名				被保険者との続柄			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳 )		
使用開始月	平成 年 月							
医療機関	医療機関名							
	所在地	〒 ー Tel ( ー ー )						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 〒 ー</p> <p>被保険者 氏名 印</p>								
事業所名				所属			連絡先	

備考欄		事確業認所印	
-----	--	--------	--

[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『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。
- ② 70 歳以上の方は、『高齢受給者証』を医療機関へ提示することで同様の扱いとなることから、当証書の発行申請は必要ありません。(ただし、前年度の市町村民税で非課税世帯(被保険者が非課税であることが必須)の場合には、上記①にならってください。)

健保記入欄	標準報酬月額	適用開始月	限度額適用区分
	千円	年 月	ア・イ・ウ・エ

# 限度額適用認定証の送付先について

下記希望送付先にチェック・記入をし、限度額適用認定証申請書と一緒にご提出ください。

※お手元に届くのは申請から約1週間前後となります

☐ 事業所      ☐ 現住所（マイオフィス登録住所）

☐ その他（下記枠内にご記入ください）

従業員番号		従業員氏名	
送付希望先住所※	〒		
宛 名			

※病院へ送付希望の際は、病院受付へ許可を得て、入院されている部屋番号まで記入してください。

送付先についてのお問い合わせは下記へお願いします※健康保険組合では対応できません

(1) 富士通、富士通研究所、および富士通セミコンダクターの方

川崎工場 本-0733

人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛

(2) (1) 以外の関係会社の方

各事業所人事労務担当部門 社会保険担当 宛