



# 限度額適用認定証の交付について



- ◆ 病気やケガなどで治療を受け、医療費が高額になるとき  
医療機関に提示することで窓口での支払いが **自己負担限度額** までとなります
- ◆ 限度額適用認定証交付申請書に記入し、健康保険組合まで提出してください<sup>(表)</sup>
  - ➔ 裏面に記入例があります
- ◆ ケガで治療を受けられる方は必ず **負傷届** を記入してください(申請書の裏面)
- ◆ 認定証(カード)を作成し、指定された送付先へ郵送します
- ◆ 有効期限が切れた認定証は当組合まで返送してください
  - ➔ 引続き必要な場合は再度、申請が必要となります
- ◆ 組合窓口での交付をご希望の際は、身分確認書類(免許証など)の提示をお願いしております

※マイナ保険証を利用することで限度額適用認定証は不要となります。

まだマイナ保険証の登録がお済みでない方は、この機会に登録をお願いします。



(表) 所得区分と自己負担限度額

### 70歳未満の方

所得区分	自己負担限度額(70歳未満の方)
ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】
イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】
ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
エ	57,600円 【44,400円】
オ	35,400円 【24,600円】

### 70歳以上 75歳未満の方

所得区分		個人ごと (通院)	世帯ごと*1 (入院を含む)
標準報酬月額	現役並みⅢ*2 83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%【140,100円】	
	現役並みⅡ 53万~79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%【93,000円】	
	現役並みⅠ 28万~50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%【44,400円】	
一般*2 (標準報酬月額 26万円以下)		18,000円 (年間上限 14.4万円)	57,600円【44,400円】
低所得者Ⅱ (住民税非課税者等)		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)			15,000円

(注)

ア 標準報酬月額 83万円以上の被保険者と被扶養者

イ 標準報酬月額 53万円~79万円以下の被保険者と被扶養者

ウ 標準報酬月額 28万円~50万円以下の被保険者と被扶養者

エ 標準報酬月額 26万円以下の被保険者と被扶養者

オ (住民税非課税者)は、被保険者が市区長村民税が課税されない場合です。

これに該当する場合は、非課税証明書の添付が必要です。

※ 診療月が4月~7月分については前年度の非課税証明書を添付

診療月が8月~翌3月分については当年度の非課税証明書を添付

\*1 同じ世帯で同じ保険者に属する者【】内は多数該当

\*2 現役並みⅢ・一般に該当する被保険者と被扶養者は  
高齢受給者証の提示で受診可能です(限度額適用認定証対象外)

## 申請先

〒536-8567

大阪市城東区鳴野西2丁目11番2号

大阪府貨物運送健康保険組合 適用課 TEL 06-6965-4051



# 記入例

記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

(例)           △△  
城東区 ○○ 2-2

令和	年	月	日	下記のとおり認定証を交付してよろしいか。			
常務理事	事務長					法定区分決定	所得区分
						標準報酬月額 千円	ア・イ・ウ・エ 現役並み1・2

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

① 記号 - 番号		○○○○-△△△	
② 被保険者	氏名	大阪 太郎	
	生年月日	昭・平 ○年 △月 □日	③ 事業所 名称 所在地
			株式会社 △△運送 大阪市城東区○○1-1

④ 交付対象者 (被保険者の場合は記入不要)	氏名	大阪 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭・平・令 ○年 △月 □日	性別	男・女	

⑤ 交付必要期間 療養予定期間	令和 ○年 △月 □日 ~ 令和 ○年 △月 □日
--------------------	---------------------------

注

⑥ 送付先 ○をつけてください 自宅以外は送付先を記入	自宅	下記の住所 ⑦ へ	
	会社	〒 _____	
	その他		

※傷病が負傷(ケガ)の場合には、負傷届が必要となりますので、必ず裏面の負傷届にご記入ください。  
交通事故など第三者(加害者)の行為で負傷(ケガ)をした場合には、「第三者行為による負傷届」(交通事故の場合は事故証明書)の添付が必要となりますので健保まで連絡をお願いします。

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。

令和 ○年 △月 □日

大阪府貨物運送健康保険組合 殿

⑦ 住所 大阪市城東区△△ 2-2

被保険者 氏名 大阪 太郎

電話番号(日中の連絡先) ( △△△ ) ○○○○- □□□□

社会保険労務士の提出代行者印

0712

注

### ⑥ 送付先

入院され自宅で認定証の受取ができない場合は、「会社」または「その他」に○をつけ、送付先の住所をご記入ください。  
不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。