

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	決定区分決議
						標準報酬月額 千円
						区分ア 区分イ 区分ウ 区分エ
						I II

健康保険限度額適用認定証交付申請書・区分変更届

被保険者	記号		番号	
	氏名			性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	<input type="text"/> 昭和・平成		年 月 日
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
適用対象者	氏名			性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	<input type="text"/> 昭和・平成		年 月 日
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
入院予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
認定証送付先	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 事業所 <input type="radio"/> その他 ()			
備考				

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

大阪自動車整備健康保険組合理事長 様

住所

被保険者

氏名

印

TEL

()

※高額療養費の差額が発生する場合がありますので必ず振込銀行を記入して下さい。

振込銀行	銀行名	支店名	口座名義人
	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	フリガナ
	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	口座番号 (左づめ記入)	
		<input type="text"/>	印

(注1) 振込口座は原則被保険者本人の口座に限ります。

(注2) 受け取りを代理人に委任する場合、別紙「委任状」が必要となりますので組合まで連絡して下さい。

(注3) 受け取りを代理人に委任する場合、高額療養費に該当する都度「委任状」が必要です。

個人情報の取扱いについて

●この情報は、高額療養費の支給に限り使用します。

◎記入については裏面をご覧ください。

記入にあたっての留意点

同一の月、同一の医療機関、同一の薬局での一部負担金等を、事前に健康保険組合で限度額適用の認定を受けることにより、**高額療養費の自己負担限度額**までとすることができます。

1. 手続きは、

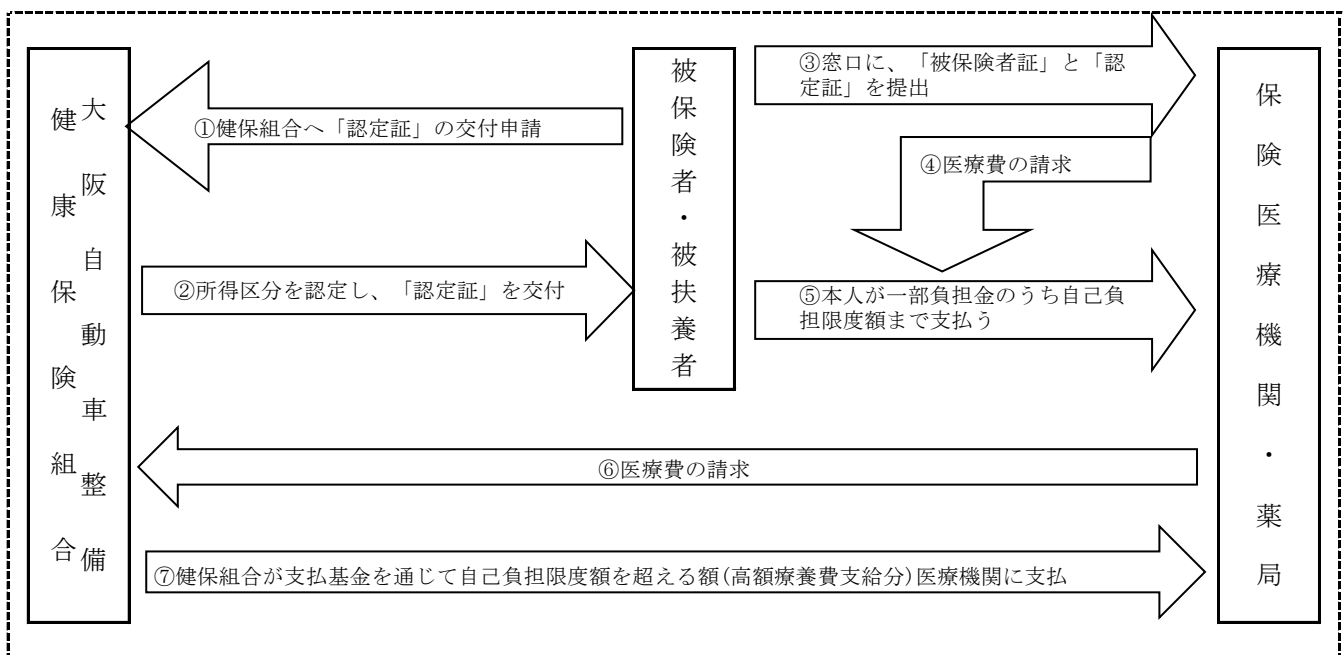
医療機関等で受診するとき、この交付申請書を健康保険組合に提出し、限度額適用認定証（以下「認定証」という。）の交付をうけ、健康保険被保険者証（高齢受給者証）とともに認定証を医療機関の窓口へ提出してください。

なお、**報酬月額変更等により標準報酬の区分に変が変更生じたときや認定証の有効期限に達したときは、再度申請を行ってください。**

2. 記載にあたっては、

- (1)適用対象者欄は、医療機関等で受診する方の氏名、性別、生年月日、住所を記入してください。
- (2)多数回該当の取扱いや世帯合算の取扱いとなる場合などについては、健保組合からその差額を支給することとします。
- ※振込先欄は必ず記入してください。

限度額適用認定証交付による保険給付の流れ



○各所得区分の高額療養費の自己負担限度額は次のとおりです。

認定区分	一部負担金のうち自己負担限度額
区分ア 標準報酬月額83万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
区分イ・Ⅱ 標準報酬月額53万円以上79万円以下	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
区分ウ・Ⅰ 標準報酬月額28万円以上50万円以下	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
区分エ 標準報酬月額26万円以下	57,600円
区分オ※ 低所得者(市町村民税非課税者等)	35,400円

「区分オ」低所得者は、別の様式の「健康保険限度額適用・食事標準負担額減額認定申請書」で交付申請して下さい。

認定の上「健康保険限度額適用・食事標準負担額減額認定証」を交付します。

※低所得者の申請には役所発行の「非課税証明書」が必要になります。

※何年度の証明が必要かは、組合までお問い合わせ下さい。