

マイナ保険証で受診する場合
この申請手続きは不要です

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定申請書

野村証券健康保険組合理事長殿

被保険者等 記号・番号	記号	3	3	〇	〇				
	番号	1	2	3	〇	〇	〇	〇	
被保険者	氏名	野村 〇夫				性別	男・女		
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇日							
	自宅住所	〒000-0000 東京都江東区豊洲 〇 - 〇 - 〇							
	日中の連絡先	TEL 090 - 1234 - 5678							
適用対象者	氏名	野村 〇子				性別	男・女		
	生年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇日							
	被保険者との続柄	妻				入院/通院 開始(予定)日	令和 〇〇年 〇月 〇日		
認定証の 送付先	認定証は原則「被保険者自宅住所・被保険者宛」に送付いたします。 送付先を変更したい場合は以下にご記入ください。 ・会社宛の場合は会社名・部署名を必ずご記入ください。 ・医療機関宛の場合は、事前に医療機関の了承を得たうえで、医療機関名・病棟・病室番号に加え、個人名を記入してください。 ・親族宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合、必ず(様方)をご記入ください。								
	住所 電話番号	〒000-0000 東京都千代田区大手町 〇 - 〇 - 〇 TEL 03 - 1234 - 5678							
	会社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等	〇〇総合病院〇階〇病棟〇〇〇			宛名 (個人名)	(様方)		野村 〇子 様	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードは保有しているが、マイナ保険証の紐づけをしていない <input type="checkbox"/> その他(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。

* 申請時に、以下の点をご確認ください。

- マイナ保険証を保有している場合はマイナ保険証の紐づけを申請理由に明記してください。理由如何ではマイナ保険証が利用できない場合があります。
- 適用対象者が保険医療機関に限度額適用認定証を提出されても、1ヶ月間の医療費(食事・差額ベッド代等除く)の自己負担が別紙の金額(標準報酬月額によって異なります)を超えなければ、医療機関窓口での自己負担額は変わりません。
- 自己負担額が25,000円を超えた場合(1ヶ月、1人ごと)、診療月の4ヵ月後以降に25,000円を超えた分(100円未満切捨て)を健保給付金として自動的にお支払しております。
- 限度額適用認定証は、使用終了若しくは有効期限が終了しましたら、健保組合へご返却ください。

当健保ではマイナ保険証の利用をお願いしています。
そのため申請理由は必ずご記入ください。

高額療養費の自己負担限度額

1か月間の利用費(食事・差額ベッド代等除く)の自己負担額が下記の自己負担限度額を超えなければ医療機関での窓口負担額の軽減はありません。

所得区分 (標準報酬月額)	自己負担限度額	多数該当
83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
53万円～79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
28万円～50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
26万円以下	57,600円	44,400円
低所得者 (市区町村住民税非課税等)	35,400円	24,600円

※ [多数該当]は直近12ヶ月間に同じ世帯で3ヶ月以上高額医療費に該当した場合の4ヶ月目以降の金額です。