

「限度額適用認定証」の交付申請をされる前にご確認ください。

●マイナンバーカードを取得していない方のみ、申請してください。

「限度額適用認定申請書」を健保組合へ提出して、申請してください。

2024年12月2日、健康保険証はマイナンバーカードに一体化されますので、マイナンバーカードを取得していない方は、速やかに取得を進めてください。

マイナンバーカードを取得している方は、「限度額適用認定申請書」での申請は不要です
※ご事情によりマイナンバーカード取得している方が申請する場合は、恐れ入りますが
申請前にご連絡ください

●区分ごとの限度額計算表

標準報酬月額	区分	窓口負担の限度額
83万円以上	ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
53~79万円	イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
28~50万円	ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
26万円以下	エ	57,600円
低所得者	オ	35,400円

(参考) 70歳以上で2割負担の方の限度額：上記区分の「エ」と同額

70歳以上で3割負担の方の限度額：上記区分の「ウ」と同額

●限度額以上の窓口負担をした場合

窓口での支払額が限度額を超えた場合、自己負担の上限額を超えた医療費については、
申請不要でシャープ健康保険組合から自動で還付を行います。

還付時期は、通常 受診月の3ヶ月後です(医療機関からの請求遅延を除く)。電子給与明細システムを利用している事業所の方は、給与明細書の右下段に掲載されます。

同システムを利用していない事業所の方、または退職者については、書面で決定通知書をお送りします。詳しくは、シャープ健康保険ホームページをご参照ください。

http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/consultation/high_burden.html

●マイナンバーカードの使用方法

- ### 1 読み取り

マイナンバーカードをカードリーダーに入れてください

※カードリーダーには複数の種類があります


- ### 2 本人確認

顔認証または暗証番号のどちらかを選んでください

顔認証の場合

画面の枠に顔が収まるようにすると自動的に撮影されます。



または

暗証番号の場合

カード申請時に設定した4桁の暗証番号を入力します。


- ### 3 同意取得

医師・薬剤師に提供する情報を選んでください

①過去の診療/薬剤情報

過去の診療、処方された薬の情報を医師・薬剤師に提供します。



②特定健診情報

メタボ健診（40～74歳）や高齢者健診（75歳以上）の結果を提供します。


- ### 4 受付完了

受付が完了します。カードをカードリーダーからお取りください

高額療養費制度をご利用される方は、カードを取らずに限度額情報を「提供する」を押してください。窓口で限度額以上の支払いが不要になります。



★事前登録が済んでいない方は、以下の画面が表示されますので登録を進めてください

- 

1
- 

2
- 

3

「登録する」を選択してください。

マイナポータルの利用規約を確認し、問題なければ「同意して次へ進む」を選択してください。

マイナンバーカードの保険証利用登録完了です。

シャープ健康保険組合

健康保険 限度額適用認定申請書 (70歳未満)

マイナンバーカードを取得していない方のみ、申請してください。
(ご事情によりマイナンバーカードを取得している方が申請する場合は、事前にご連絡ください)

被保険者	保険証の記号	保険証の番号(氏名C)	氏名	勤務地・所属名	日中の連絡先
				勤務地()	() -
	住所	〒 -	被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者証の(記号)(番号)を記入した場合は不要です		

申請内容	認定証が必要な方	氏名 ※本人の場合記入不要	性別	生年月日	年齢
	本人・家族		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	歳
	使用開始日	年 月 日 (入院予定がある場合: 年 月から入院予定)			
	ケガの場合 ※ケガに至った状況	例) 自転車で転倒して骨折 自宅の階段から転落して捻挫 など			<input type="checkbox"/> ケガではない
今回の傷病は、工作中や通勤途中、または相手がいる事故・けんか(第三者行為)によるものですか		<input type="checkbox"/> 工作中・通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為		<input type="checkbox"/> 該当しない	

送付先	<input type="checkbox"/> 職場 ・ <input type="checkbox"/> 上記本人住所 ・ <input type="checkbox"/> 以下住所 ※2日程度で発送します。可能であれば、職場での受け取りにご協力ください。			
	宛名	住所 〒 -	TEL	- -

代理申請者	* 被保険者以外の方が申請される場合に記入ください	電話番号(日中の連絡先)
氏名:	(被保険者との関係:)	- -

【連絡事項等】

- * 消せないペン(ボールペン等)で記入してください。本申請書は、通常 事業主(総務部)を経由して、健保組合へ提出ください。なお急ぎの場合は、直接健保組合へお申し出頂くことも可能です。下段をご確認ください。任意継続及び特例退職被保険者の方は健康保険組合へ提出してください。(所属名は記入不要です。)
- * 個人情報、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

事業主受付日

健保受付日

【提出先・問い合わせ先】 シャープ健康保険組合 保険証・給付金担当
〒581-8585 大阪府八尾市北亀井町3丁目1番72号(東ゾーン福利厚生棟2F)
TEL:8-578-001386(内線)、050-5530-3926(外線)
FAX:06-6791-7309 メールアドレス:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp

常務理事	課長		担当

健保記入欄

受付No	発行期間	区分	送付先
	新規/長期 . . ~ . .	ア・イ・ウ・エ・オ	事業所・所属・自宅・病院・その他