

## 「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。

### ●原則 紙の「限度額適用認定証」は不要となりました。

#### ①マイナンバカードの保険証登録ができています

医療機関・薬局で、マイナンバカード保険証を利用することを申し出てください。

設置されているカードリーダーにマイナンバーカードを読み取らせ、顔認証やパスワード入力で資格確認できた後、限度額区分の照会について、「同意する」をクリックすれば、紙の「限度額適用認定証」がなくても、窓口負担は限度額までの支払いとなります。(薬局も同様です)

#### ②マイナンバカードの保険証登録ができていない方

健康保険証があれば、限度額区分を照会頂くことが可能です。

医療機関・薬局が対応されるかどうかで異なりますので、まずはご確認ください、対応頂ければ紙の「限度額適用認定証」を申請してください。

**健康保険証が12月2日廃止予定ですので、早めにマイナンバカード保険証を準備しましょう。**

※70歳以上で2割負担の方は、オンライン資格確認の導入に関わらず「限度額適用認定証」の提示は不要です。

### ●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でも、シャープ健康保険組合から自動で還付を行います。

※医療機関等からの請求遅延の場合を除き、通常 受診月から3ヶ月後に還付されます。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](http://kenpo.sharp.co.jp/home/top/consultation/high_burden.html)

【問い合わせ先】 シャープ保険組合 保険証・給付金担当

TEL. 8-570-103749(内線) 050-5213-6592(外線) FAX. 06-6791-7309

E-Mail: [kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp](mailto:kenpo-tetuzuki@list.sharp.co.jp)

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歳以上)

原則 紙の「限度額適用認定証」は不要となりましたので、ご記入の前に紙の「限度額適用認定証」が必要かどうか、医療機関や薬局に事前確認をお願いします。

事前確認と提出先	①マイナンバーカードを保険証登録している方 ----- マイナンバーカードの利用を申し出る
	②マイナンバーカードを保険証登録していない方 ---- 健康保険証を提示のうえ、限度額区分の照会を依頼する
	上記①または②のように申し出・依頼したが、紙の認定証の提出を求められた医療機関等を教えてください
	* 事前確認された医療機関・薬局の名称を記入してください

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。 受付日
- 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。)
- \* 個人情報は、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。

【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:8-570-103749(内線)、050-5213-6592(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 . . . ~ . . .	現役並み I	事業所・所属・自宅・病院・その他