《医療費の支払い方法について》

医療費の支払い方法は、「保険証のみを提示」または「保険証＋限度額適用認定証を提示」の2通りあります。

どちらの支払い方法を選んでも、最終的な自己負担額は同じです。

窓口での負担額を軽減したい方は、限度額適用認定証をご申請ください。

	保険証＋限度額適用認定証	保険証
事前手続き	各社（本社）人事・総務部門に申請書を提出 人事・総務部門より認定証受取、医療機関へ提示 ※退職者(任継)は健康保険組合宛へ提出	健康保険組合への連絡・申請は必要なし
支払	自己負担限度額までを支払う	自己負担額（3割または2割）を支払う
支払後手続き	各社（本社）人事・総務部門に認定証を返却 ※退職者(任継)は健保組合宛へ返却 ※有効期限までは使用可	健康保険組合への連絡・申請は必要なし
給付金	診療月より約3ヶ月後に付加給付金が支給される	診療月より約3ヶ月後に高額療養費・付加給付金が支給される

【注意点】

限度額適用認定証を受け取る前に、保険証のみを提示して医療費を支払った場合、高額療養費が正しく算定されないことがあるため、必ず健康保険組合にご連絡をお願いいたします。

連絡先：コニカミノルタ健康保険組合　042(642)9311

※保険適用の医療費が自己負担限度額未満の場合、ご連絡は必要ありません。

《限度額適用認定証の適用について》

限度額適用認定証は、保険適用の医療費が自己負担限度額を超えた場合に適用されます。

※差額ベッド代、食事代は保険適用外

【自己負担限度額】

被保険者の所得区分	自己負担限度額
ア　標準報酬月額83万円以上	252,600円　＋（総医療費－ 842,000円）　×1%
イ　標準報酬月額53万～79万	167,400円　＋（総医療費－ 558,000円）　×1%
ウ　標準報酬月額28万～50万	80,100円　＋（総医療費－ 267,000円）　×1%
エ　標準報酬月額26万円以下	57,600円

《限度額適用認定証の発効日について》

発効日は、健康保険組合が申請書を受け付けた日の属する月の1日です。申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。

前月の保険適用の医療費が自己負担限度額を超えた場合は、診療月より約3ヶ月後に高額療養費等が支給されます。

※健康保険組合への連絡・申請は必要ありません。

《高額療養費等の支給について》

窓口で支払った保険適用の医療費に対する高額療養費等は、診療月から約3ヶ月後に「健保給付金」として支給されます。（自動計算の為、申請は必要ありません）

在職者　　：会社経由にて給与振込です。

退職者（任意継続）　：健康保険組合からお振込みします。

《高額療養費等の支給日・金額の確認について》

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）へ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日）
未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。
※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。　　項目名：健保給付金

KOSMO Web　https://kosmoweb.jp/
→ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合へメールでご連絡ください。
送付先：　kenpo-com@konicaminolta.com
件名　：　「医療費通知Webシステム　仮ID・パスワード再発行依頼」
本文　：　①保険証の記号・番号
②名前（フルネーム）
③生年月日　※会社のメールアドレス以外から送信する場合のみ必要

《申請書提出先》

	保険証の記号	提出先
KMI本籍の方	133	東京サイト八王子　HBA　人事サービス部　社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

※ E-Mailに添付して申請することができます。
保険証の記号「133」の方は、以下ページで送付先メールアドレスをご確認ください。
【KM online－人事・教育－健康保険組合－主管部門・問い合わせ先－保険証・給付　問い合わせ先】
保険証の記号「133」以外の方は、各社（本社）人事・総務部門に送付先メールアドレスを
ご確認ください。

《限度額適用認定証の返却について》

以下に該当した場合は、速やかにご返却をお願いいたします。
・有効期限に達したとき　（引き続き認定証が必要な場合は、改めてご申請ください）
・被保険者、被扶養者の資格がなくなったとき　（「健康保険証」と一緒にご返却ください）
・その他、認定の条件に該当しなくなったとき

	保険証の記号	返却先
KMI本籍の方	133	東京サイト八王子　HBA　人事サービス部　社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

記入例：　限度額適用認定　申請書

※ 記入漏れ・記入間違いのないように、作成をお願いします。

❶ 確認欄	
☑	この届出については、１．または２．の要件を満たしたものである。 １．　申請者本人（被保険者）または申請代行者が作成したものである。 ２．　記載内容については申請者本人または申請代行者が誤りがないか確認をしている。

❶【確認欄】
記載内容に誤りがないか確認の上、✓をしてご提出ください。

健康保険　限度額適用認定　申請書

【注意事項】・**発効日は、健康保険組合が申請書を受け付けた日の属する月の1日です。申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。**
・ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。

❷ 被保険者情報	被保険者証の ❸	記号	***	番号	****
	被保険者	氏名	健保　太郎		
		生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和　** 年 ** 月 ** 日		
	住所 電話番号	〒 192 ― ****			
		東京都八王子市〇〇町１－２			
		電話番号	042 ― *** ― ****	※日中の連絡先	

❷【被保険者情報】
家族（被扶養者）が認定対象者の場合でも、被保険者の氏名などをご記入ください。

❸【記号・番号】
保険証に記載されている「記号・番号」を正確にご記入ください。

認定対象者欄	❹ 認定を受ける方 （被保険者の場合は記入不要です）	氏名	健保　花子	被保険者との続柄 妻
		生年月日	☑ 昭和　□ 平成　□ 令和　** 年 ** 月 ** 日	
	❺ 療養予定期間 （申請期間） ※分かる範囲で記入	令和 ** 年 5 月 13 日 ～ 令和 ** 年 6 月 30 日		
		※ 発効日は、当組合が申請書を受け付けた日の属する月の1日です。 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。 ※ 有効期限は、毎年8月末日です。　9月以降引き続き認定証が必要な場合は、「療養予定期間 9月1日～」の申請書をご提出ください。		

❹【認定を受ける方】
家族（被扶養者）が認定対象者の場合、ご記入ください。

❺【療養予定期間】
期間が未定の場合は、おおよその期間をご記入ください。

送付希望先	❻ 認定証送付先	□ 職場	□ 被保険者情報に記入した住所	☑ 被保険者情報に記入した住所と別のところ
	被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住所 電話番号	〒 441 ― ****		
		愛知県豊川市△△町３－４		
		電話番号	090 ― **** ― ****	※日中の連絡先
	宛名	健保　花子		

❻【認定証送付先】
希望する送付先をお選びください。
※在職者の方へは、
会社の人事総務部門から
送付されます。

申請代行者欄	❼ 被保険者以外の方が申請を代行する場合にご記入ください。			
	氏名		被保険者との関係	
	電話番号	― ―	※日中の連絡先	
	申請代行の理由	□ 被保険者本人が入院中で申請が困難なため □ その他　（　　）		

❼【申請代行者欄】
被保険者以外の方（被扶養者、被扶養者でない家族等）が申請を代行する場合、ご記入ください。

※ **有効期限は、申請月を問わず、毎年8月末日です。**
8月～9月に認定証が必要な場合、申請書は2枚提出してください。
例：　療養予定期間が「8月25日～9月15日」の場合
・1枚目　8月25日～8月31日
・2枚目　9月　1日～9月15日

コニカミノルタ健康保険組合