

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、限度額情報が同意不要で提供されますので、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請が不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
 ※事前に初回利用登録（紐づけ）をしていなくても、医療機関等に設置されている顔認証付きカードリーダーの画面で、利用登録することができます。

《高額療養費制度における自己負担額および手続きについて》

「マイナ保険証」「資格確認書」「保険証」または「資格確認書or保険証+限度額適用認定証」いずれの証を提示した場合でも、

最終的な自己負担額は同じです。

マイナ保険証を利用せず、窓口での支払額を軽減したい方は、事前に、限度額適用認定証の交付申請をしてください。

	マイナ保険証	資格確認書、保険証	資格確認書、保険証+限度額適用認定証
事前手続き	健康保険組合および各社（本社）人事・総務部門への申請は不要	健康保険組合および各社（本社）人事・総務部門への申請は不要	・各社（本社）人事・総務部門に申請書を事前に提出 ・人事・総務部門より認定証を受取、医療機関へ提示 ※退職者(任継)は健康保険組合へ提出
窓口での支払	自己負担限度額(*2)	自己負担額（3割または2割）	自己負担限度額(*2)
事後手続き	健康保険組合および各社（本社）人事・総務部門への申請は不要	健康保険組合および各社（本社）人事・総務部門への申請は不要	・認定証未提示の場合は、健康保険組合へ連絡(*1) ・各社（本社）人事・総務部門に認定証を返却 ※退職者(任継)は健康保険組合へ返却 ※有効期限までは使用可
高額療養費/ 付加給付金	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	診療月より約3ヶ月後に付加給付金が支給される

(*1)

限度額適用認定証を受け取る前に、資格確認書または保険証のみを提示して自己負担限度額以上を支払った場合、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だった場合、ご連絡は必要ありません。

(*2)

次ページの《限度額適用認定証の適用について》をご確認ください。

《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。

※窓口で支払った医療費の金額について、健康保険組合へ連絡・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「健保付加金」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》

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：健保付加金

KOSMO Web <https://kosmoweb.jp/>

- 過去にログインしたことがあり、ユーザIDまたはパスワードを忘れた方は、KOSMO Webのログイン画面左下にある「IDを忘れた方はこちら」「パスワードを忘れた方はこちら」より確認できます。

※初回ログイン時に、ご自身が登録したメールアドレスを入力しないと、確認はできません。

※「konicaminolta.jp」で登録されている場合もありますので、ご確認ください。

- 過去にログインしたことがなく、ユーザID・パスワードが分からない方は、再発行申請をしてください。

[KOSMO Web ユーザID・パスワード再発行申請](#)

《申請書提出先》

	健康保険の記号	提出先
KMI籍の方	133	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛
KMJ籍の方	912	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133・912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

※ **申請書は、E-mailに添付してご提出ください。（紙の申請書は提出不要です）**

・提出先の詳細については、KM onlineでご確認ください。

→【KM online—人事・教育—健康保険組合—健康保険申請書類提出先

※ E-mailで申請することができない方は、紙の申請書を各社（本社）人事・総務部門にご提出ください。

※ 退職者（任意継続）の方で、E-mailで申請することができない方は、当組合宛に郵便でご提出ください。

《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

	健康保険の記号	返却先
KMI籍の方	133	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛
KMJ籍の方	912	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133・912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： 限度額適用認定証交付 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。

1	確認欄
<input checked="" type="checkbox"/>	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。

1 【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 限度額適用認定証交付 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。

2 被 保 険 者 情 報	3 被 保 険 者 等 の	記号	***	番号	****	
	被 保 険 者	氏名	健保 太郎			
	住所 電話番号	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日			
		〒	192 - ****		東京都八王子市〇〇町1 - 2	
		電話番号	***	- ****	- **** ※日中の連絡先	

2 【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。

3 【記号・番号】
「資格情報のお知らせ」、
「マイナポータル」、「資格
確認書」に記載されています。
枝番の記入は必要ありません。

認 定 対 象 者 欄	4 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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日			
		療養予定期間 (申請期間)	令和 ** 年 5 月 13 日 ~ 令和 ** 年 6 月 30 日				
		※分かる範囲で記入	※ 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。				

4 【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。

5 【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	6 認 定 証 送 付 先	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 被保険者情報に記入した住所 <input checked="" type="checkbox"/> 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	***	- ****	- ****	
		宛名	健保 花子			

6 【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	7 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	- - - - -				
		申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で申請が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()			

7 【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