

ご存知ですか

限度額認定証・標準負担額減額認定証

入院する病院に限度額適応認定証、標準負担額減額認定証を提示することにより、

入院費（保険診療分）は自己負担限度額までのお支払で済むようになります。

※同月内の限度額になります。入院中に月がまたがりますと翌月も限度額まで費用が発生します。

自費（食事代、病衣代、個室代等）は対象外になりますので別途料金が発生します。

限度額認定を受けるには、入院前に事前の申請を行う必要があります。

認定証の申請方法

社会保険加入者は保険者または勤務先担当者へ（約1週間で発行）
国保または後期高齢者医療加入者は市町村役場へ（即日～数日で発行）

入院の際、認定証を1階受付へ提示下さい。

例) 同一月内の保険診療総額 100 万円（10 割）の場合、病院窓口で支払う金額

～70 歳未満の場合～

認定証を提示しなかった場合（3割）	300,000 円
認定証区分(ア)を提示した場合	254,180 円
認定証区分(イ)を提示した場合	171,820 円
認定証区分(ウ)を提示した場合	87,430 円
認定証区分(エ)を提示した場合	57,600 円
認定証区分(オ)を提示した場合	35,400 円

～70 歳以上の場合～

3割負担で認定証を提示しなかった場合	254,180 円
1・2割負担で認定証を提示しなかった場合	57,600 円
3割負担で認定証Ⅲ区分の場合	254,180 円
3割負担で認定証Ⅱ区分の場合	171,820 円
3割負担で認定証Ⅰ区分の場合	87,430 円
1割・2割負担で認定証Ⅱ区分の場合	24,600 円
1割・2割負担で認定証Ⅰ区分の場合	15,000 円

※70歳以上の方は3割負担もしくは、非課税世帯に該当する場合に申請の必要があります。

※マイナンバーカードをお持ちの方は1階受付前に設置しているマイナンバーカード読み取り機で対応可能です。

※認定証区分がどれに該当するかは世帯の所得状況に応じて異なります。

※急な入院等で事前に申請出来なかった場合は代理人(家族の方等)が申請可能です（対象者の保険証・印鑑必要）

※急な入院等で事前に申請出来なかった場合は同月内に申請・提示をしていただく必要があります。

※詳しくは各保険者または病院事務窓口へお問い合わせください。

令和5年07月現在

マイナンバーカードをご利用下さい



健康保険証として利用して頂くと、、
限度額適用認定証の準備が**不要**になります！

限度額認定証とは？

窓口での支払いが高額になる場合に、自己負担額を所得に応じた限度額にするために医療機関に提出する証類です。

何が変わるの？どんなメリットがあるの？

これまでは

医療機関・薬局の窓口で支払いを
自己負担限度額までにとどめるためには、
事前に申請し「限度額認定証」の
準備が必要でした。



これからは

「限度額認定証」がなくても、
限度額を超える支払いが免除されます。

※ご加入されている医療保険がデータを登録していない
場合には、これまでと同じ扱いになります。

ご注意ください！

本年 12 月 2 日から現行の健康保険証は発行されなくなります。

マイナンバーカードをご利用ください。

お持ちでない方は市町村窓口にて申請の手続きをお願いします。

(手続きには 1 か月程度期間がかかります)

入院誓約書

このたびの入院については、貴院の諸規則及び診療上指示されたことを厳守し、診療費・その他の費用については、保証人と連帯して責任を負い、指定の期日までに遅滞なく支払うことを誓約します。

大分循環器病院院長 秋満忠郁 殿 入院日 令和 年 月 日

申 込 者	患 者	フリガナ				性別		
		氏名				男・女		
		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
		現住所	〒 -					
		電話番号	(自宅)	()	(携帯)	-	-	
		勤務先又は職業						
		電話番号	(職場)	()				
世 帯 主	世 帯 主	フリガナ				患者との続柄		
		氏名						
		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
		勤務先又は職業	〒 -					
		電話番号	(職場)	()				

※他の患者さまにご迷惑となる行為、危険が及ぶ可能性のある行為、主治医が入院に際して不相当と判断する行為があった場合は他の患者さまの安全と療養環境の確保のため医師の指示(退院勧告等)に従っていただきます。

申込者の診療費等について、本人が支払わない場合は、連帯保証人である私が責任を持って支払うことを誓約します。

連 帯 保 証 人	連 帯 保 証 人	フリガナ				患者との続柄		
		氏名						
		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
		現住所	〒 -					
		電話番号	(自宅)	()	(携帯)	-	-	
		勤務先又は職業						
		電話番号	(職場)	()				

※連帯保証人は、独立して生計を営み支払能力のある身元確実な者とします。

健康保険等限度額適用認定証の有無、マイナンバーカードの所持の有無について○を記載してください。

※70歳未満の患者様は再度「ご存知ですか」と書かれた認定証の説明用紙をご確認ください。

健康保険等限度額適用認定証の有無	持っている	持っていない	手続き中
マイナンバーカード所持の有無	持っている	持っていない	手続き中

当院では、原則として電話での入院患者様に関するお問い合わせには回答していませんが、お見舞等で来られた方からのお部屋についてのお問い合わせにはお答えしております。入院される方で、お見舞等で来られた方へお部屋をお知らせして

構わない場合は「知らせる」欄に○を、知らせることを希望されない場合は「知らせない」欄に○を記載してください。

入院情報のお知らせの希望の有無	知らせる	知らせない
-----------------	------	-------

※指定の期日とは、退院の方は退院日、継続入院中の方は翌月の20日までになります。

身体抑制について

大分循環器病院

身体抑制は、患者様の生命の危機と身体的損傷を防ぐために必要最小限におこなうもので、患者様の人権を尊重し、安全を優先させる場合にのみ実施されなければなりません。

しかし、急性期病院では病気の治療やその管理が優先されます。

そのため、生命の危険、病気の回復遅延や悪化の恐れがあるなど、緊急且つやむを得ない場合、抑制は回避できない必要不可欠なケアとなります。

当院におきましても、入院中下記のような危険性を回避するため、やむを得ず必要最小限の身体抑制を行うことがあります。

あらかじめ説明して、ご承諾をいただいておりますが、緊急の場合は事前の了承なく抑制する場合がありますのでご承知ください。

- 1 多動又は不穏が顕著でベッドからの転落の危険
- 2 点滴や治療のためのチューブ類を抜く恐れがある
- 3 その他、目的とした治療に支障を来す場合

なお、状態が改善すれば速やかな解除に努めます。

同意書

私は一時的身体抑制について、その内容を理解しましたので、必要時、抑制されることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ ㊟

又は同意者氏名 _____ ㊟

(患者との続柄) _____