医療機関等の窓口負担を
自己負担限度額までにしたいとき

被保険者は住民税非課税者ですか？

はい

ホームページの申請書一覧から「A.健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をダウンロードし、健保へご郵送ください。

マイナ保険証※2はお持ちですか？

はい

健保で申請書を受付後、5日程度で情報が反映されますので、マイナポータルで「適用区分：オ」が登録されていることを確認してください。
（※紙の証書は発行されません）

マイナンバーカードでご受診いただければ、窓口負担分が限度額までとなります。

いいえ

健保で申請書を受付後、「認定証」を発送します。

受診の際は、「認定証」を医療機関等の窓口に提示してください。

いいえ

マイナ保険証※2はお持ちですか？

はい

※申請、紙の「認定証」は不要となります！
マイナンバーカードでご受診いただければ、窓口負担分が限度額までとなります。※1

いいえ

ホームページの申請書一覧から「B.健康保険限度額適用認定証交付申請書」をダウンロードし、健保へご郵送ください。後日「認定証」を発送いたします。

※1 オンライン資格確認システムを導入されていない医療機関等では「限度額適用認定証」が必要になります。
ホームページの申請書一覧から「B.健康保険限度額適用認定証交付申請書」をダウンロードし、申請をしてください。

※2 マイナ保険証とは、マイナンバーカードを保険証として利用登録しているものです。

B.健康保険 限度額適用認定証交付申請書

70歳未満の上位所得者・一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

マイナ保険証をご使用の方は、原則申請不要です！

マイナ保険証でご受診いただければ、窓口負担分が限度額までのお支払いとなります。
資格確認証をお持ちの方、または病院・薬局が不対応の方のみご申請ください。

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	(フリガナ)	生年月日　□昭和 □平成 □令和　年 月 日
住所	(〒　－　)　都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　(　)	

対象者欄

療養を受ける方	氏名	生年月日　□昭和 □平成 □令和　年 月 日
使用開始月	令和　年　月　から ※入院・通院する月を必ずご記入ください。	●第三者行為(交通事故等)、通勤・勤務中(労災等)の傷病ですか □いいえ □はい → 申請前に健康保険組合へご連絡ください。 ●国や地方自治体から医療費の助成をうけていますか □いいえ □はい □申請中

希望送付先

上記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。
※会社や病院宛の場合は、送付先の**承諾が必要です。**会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等を正確にご記入ください。

住所	(〒　－　)　都道府県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　(　)
宛名	

申請代行者欄

申請代行者の氏名		被保険者との関係	
住所	(〒　－　)　都道府県	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年 月 日
電話番号（日中の連絡先）	TEL　(　)		

※被保険者が住民税非課税者の場合は『A.健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』で申請してください。

【申請書送付先・問合せ先】
〒171-0022　東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階
パレット健康保険組合　医療係　TEL03-3984-7171（自動音声2→1）

受付日付印

常務理事	事務長			

(2026.08)

【記入例】

B.健康保険 限度額適用認定証交付申請書

70歳未満の上位所得者・一般所得者用

被保険者(申請者)記入用

マイナ保険証をご使用の方は、原則申請不要です！

マイナ保険証でご受診いただければ、窓口負担分が限度額までのお支払いとなります。
資格確認証をお持ちの方、または病院・薬局が不対応の方のみご申請ください。

以下のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号 000　番号 4567890	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 ○○年 ○月 ○日
住所	(〒○○○－○○○○) 東京都道府県 ○○区△△△	
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090(○○○○)○○○○	1－2－3

対象者欄

療養を受ける方	氏名 健保 花子	生年月日 ☑昭和 □平成 □令和 △年 △月 △日
使用開始月	令和 6年 12月 から ※入院・通院する月を必ずご記入ください。	●第三者行為（交通事故等）、通勤・勤務中（労災等）の傷病ですか ☑いいえ □はい → 申請前に健康保険組合へご連絡ください。 ●国や地方自治体から医療費の助成をうけていますか ☑いいえ □はい □申請中

希望送付先

上記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。
※会社や病院宛の場合は、送付先の**承諾が必要です。**会社名、部署名、病棟、病室、医事課宛等を正確にご記入ください。

住所	(〒△△△－△△△△) 東京都道府県 ○○区◇◇◇9－8－7 □□病院
電話番号（日中の連絡先）	TEL 03 (△△△△)△△△△
宛名	A病棟 ○○○号室 健保 花子

申請代行者欄

申請代行者の氏名	健保 一郎	被保険者との関係	長男
住所	(〒◇◇◇－◇◇◇◇) 東京都道府県 ◇◇区○○1－2－3	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和 ◇年 ◇月 ◇日
電話番号（日中の連絡先）	TEL 090(◇◇◇◇)◇◇◇◇		

※被保険者が住民税非課税者の場合は
『A.健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』で申請してください。

【申請書送付先・問合せ先】
〒171-0022　東京都豊島区南池袋1-10-13　荒井ビル2階
パレット健康保険組合　医療係　TEL03-3984-7171（自動音声2→1）

受付日付印

常務理事	事務長			

(2026.8)