

マイナ保険証の利用で原則 紙の「限度額適用認定証」は不要となりました。
「限度額適用認定証」の交付申請をされる前に必ずご確認ください！



以下、当てはまる方法でお手続きください。

マイナ保険証を利用する



医療機関等の窓口でマイナ保険証（健康保険証利用登録を行ったマイナカード）を提示し「限度額情報の提供」に同意する方法です。
紙の「限度額適用認定証」の事前申請は不要です。

オンライン資格確認を依頼する



医療機関等の「オンライン資格確認」で限度額区分を照会することで紙の「限度額適用認定証」の事前申請は不要です。

窓口で『オンラインで限度額の適用をお願いします。』とお伝えください。

※対応いただけない医療機関等の場合は「限度額適用認定申請書」を記入して当組合まで郵送してください。

非課税世帯等の方の手続き



被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を記入して当組合まで郵送してください。

◆窓口での支払が済んでいる場合

限度額を超えた医療費をすでにお支払済みの場合は、高額療養費として限度額を超えた額が自動（申請は不要）で払戻しされます。最短で診療月から約4ヵ月後に事業所を経由して支給されます。

◆70歳以上の方

申請される方は下記までご連絡ください。



【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)

以下の通り申請します。

記入日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者証 記号-番号	—	事業所の名称	
	氏名		生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日
	住所	〒 —		電話番号(日中の連絡先) ()

療養を受ける方	氏名 <small>被保険者の場合記載不要</small>		続柄	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日 3. 令和 年 月 日
	使用開始月 <small>必ずご記入ください。</small>	令和 年 月から <small>※入院・通院する月</small>	● 第三者の行為(交通事故等)、通勤・業務中(労災等)の傷病ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 申請前に健保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受けていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中		

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。 ※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	〒 —		
	宛名			電話番号(日中の連絡先) ()

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請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) ()

【住民税が非課税の世帯は以下をご記入してください】

非課税の方	長期入院されましたか		はい ・ いいえ
	<small>※申請月以前の1年間で低所得者として認められた期間に90日を超えて入院されていること</small>		
	情報照会を希望する場合は☑をし、下記の欄を記入。希望しない場合は「非課税証明」を添付。 <input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望します。		
	住所	<small>※被保険者の住民票上の住所(前年8月~当年7月診療分は前年1月1日の住民票住所、当年8月~翌年7月診療分は当年1月1日の住民票住所)を記入</small> 〒 —	

【注意】マイナンバーを利用した情報照会が出来なかった場合、改めて「非課税証明書」をご提出いただきます。

【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)

本書面および添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。

※被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記入してください。
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。

備考欄

常務理事	事務長			

【受付日付印】

【記入例】

健康保険

限度額適用認定
限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

以下の通り申請します。

記入日 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者情報	被保険者証 記号-番号	1 2 3 - 4 5 6 7 8 9 0	事業所の名称	(株)○○○○○○○○
	氏名	日本 太郎	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3年 ○月 ○日
	住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区△△△1-2-3 電話番号(日中の連絡先) 090(○○○○)○○○		

療養を受ける方	氏名	日本 花子	続柄	妻	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3年 ○月 ○日 3. 令和
	使用開始月	令和 6年 4月から	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 申請前に健保組合へご連絡ください。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中			

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。 ※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、			
	住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区◇◇◇9-8-7 □□病院	2か所にチェックを入れてください。	
	宛名	A病棟 ○○○号室 日本 花子	電話番号(日中の連絡先) 090(○○○○)○○○	

申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。			
	氏名	日本 一郎	被保険者との関係 (長男)	電話番号(日中の連絡先) 090(○○○○)○○○

非課税世帯の方で、添付書類を省略する場合は、チェックを入れて住民票上の住所を記入
 非課税の世帯は以下をご記入してください

非課税の方	<input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望します。 <input type="checkbox"/> 希望する場合は☑をし、下記の欄を記入。希望しない場合は「非課税証明」を添付。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	住所	※被保険者の住民票上の住所(前年8月~当年7月診療分は前年1月1日の住民票住所、当年8月~翌年7月診療分は当年1月1日の住民票住所)を記入 〒○○○-○○○ 東京都○○区△△△1-2-3

【注意】マイナンバーを利用した情報照会が出来なかった場合、改めて「非課税証明書」をご提出いただきます。

【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)

本書面および添付書類に記載された内容や本申請において知り得た個人情報について他の目的のために利用したり第三者に提供することはありません。

※被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記入してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。

備考欄

常務理事	事務長			

【受付日付印】