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、申請をしてください。

マイナ保険証※2はお持ちですか？

はい

健保組合で申請書を受付後、2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。
裏面③参照

いいえ

健保組合で申請書を受付後、2日程度で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。

受診の際は、「マイナ保険証」を使用して医療機関等の受付にあるカードリーダーの画面で「限度額情報を提供する」を選択してください。
裏面①参照

いいえ

原則、申請手続き・証の発行は不要です。※1

マイナ保険証※2はお持ちですか？

はい

受診の際は、「マイナ保険証」を使用して医療機関等の受付にあるカードリーダーの画面で「限度額情報を提供する」を選択してください。
裏面①参照

いいえ

受診の際は、医療機関等の窓口で『オンライン資格確認システムで限度額の確認をお願いします。』とお伝えください。
裏面②参照

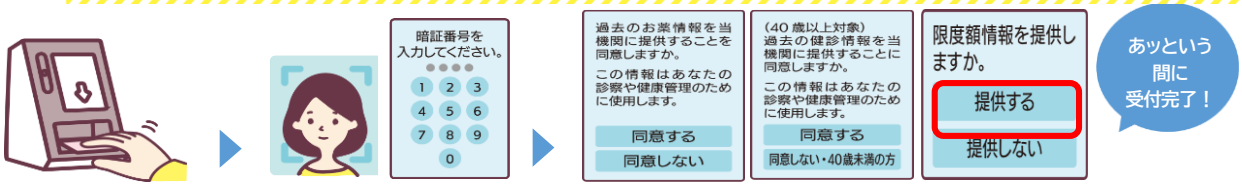
※1 オンライン資格確認システムを導入されていない医療機関等では「限度額適用認定証」が必要になります。
ホームページの申請書一覧から「B.健康保険限度額適用認定証交付申請書」をダウンロードし、申請をしてください。
※2 マイナ保険証とは、マイナンバーカードを保険証として利用登録しているものです。

オンライン資格確認システムが導入された医療機関等では、**「マイナ保険証（マイナンバーカードに保険証利用登録をしたもの）」や「資格確認書」で下記の方法により、**自己負担限度額を超える支払いが免除されます。

※医療機関・薬局では、オンライン資格確認システムの導入が原則義務化されています。

①マイナ保険証で医療機関の支払を自己負担限度額にする方法

マイナ保険証は毎回受診時に持参して受付してください！



▲顔認証　▲暗証番号確認　▲薬剤情報　▲特定健診情報　▲限度額情報

1. 受付窓口にあるカードリーダーにマイナンバーカードを置く。
2. 本人確認をする。（顔認証又は暗証番号）
3. 最後の画面「限度額情報を提供しますか」で**『提供する』**を押す。

※令和6年10月7日より限度額情報の提供同意画面の省略がされ**『同意が不要』**とされたことから「限度額情報を提供しますか」の画面が表示されないカードリーダーもございます。

②資格確認書で医療機関の支払を自己負担限度額にする方法

医療機関等の窓口で

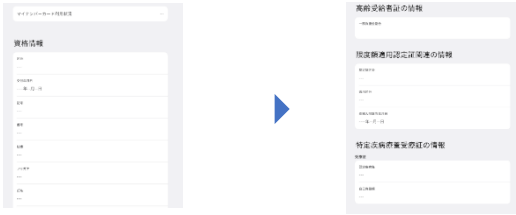
『オンライン資格確認で限度額の確認をお願いします。』とお伝えください。

『紙』の限度額適用認定証は不要となります。

③ご自身の限度額適用区分は、マイナポータルで確認できます

マイナポータル※ にアクセスして、医療保険の資格情報画面に最新の情報が登録されていることを確認してください。

医療保険の資格情報画面から限度額適用認定証の区分を確認できます。



その他
以下の情報も確認できます。

- 高齢受給者証の負担割合
- 特定疾病認定証の自己負担額

※マイナポータルとは、政府が運営するオンラインサービスのことをいいます。上記QRコードまたはweb、アプリからログインすることができます。

！ 住民税が非課税の方

『被保険者が住民税非課税者』の場合は、**『申請』が必要です。**

当組合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、申請してください。ご不明な点は医療係までお問い合わせください。

業務課医療係　電話03-3984-7171（音声ガイダンス2→1）

A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。　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　(　)	

当組合では、マイナンバーを活用することにより、非課税証明書の添付省略をしています。以下の該当項目を記入してください。

対象者の診療月が1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒　－ 市区町村名
対象者の診療月が8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒　－ 市区町村名

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
診療月(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
療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	□は　い □いいえ	→「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。
マイナ保険証の保有状況	マイナ保険証を　□ 持っている　□ 持っていない	

・マイナ保険証を利用している方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
健保組合で申請書を受付後、2日程度でマイナ保険証に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。
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
※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	

※減額認定の有効期限
診療月(使用開始月)から最初の7月31日が有効期限となります。

【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)

受付日付印

常務理事	事務長			

A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

長期入院欄			
申請を行った月以前1年間の入院日数合計	日間		
1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで	日間	
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		

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 ( )			

【記入例】

A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。 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	

当組合では、マイナンバーを活用することにより、非課税証明書の添付省略をしています。以下の該当項目を記入してください。

対象者の診療月が1月～7月の場合	「診療 1月1日時点」の住民票住所の	郵便番号 〒○○○－○○○○ 市区町村名 ○○区
対象者の診療月が8月～12月の場合		郵便番号 〒○○○－○○○○ 市区町村名 ○○区

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は「非課税証明書」を添付

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△
診療月(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
療養する方は、長期入院されましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。	☑はい □いいえ → 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。	
マイナ保険証の保有状況	マイナ保険証を ☑ 持っている □ 持っていない	

・マイナ保険証を利用している方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。
健保組合で申請書を受付後、2日程度でマイナ保険証に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。
・マイナ保険証を利用していない方には認定証を発行します。原則として上記被保険者情報に記入した住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。
※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
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (△△△△)△△△△ □□病院
宛名	A病棟 ○○○号室 健保 花子

※減額認定の有効期限
診療月(使用開始月)から最初の7月31日が有効期限となります。

【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

8月1日以降も認定が必要な場合(当年度も非課税の方)は改めて申請が必要です。

常務理事	事務長			

【記入例】

A.健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2

被保険者(申請者)記入用

長期入院欄			
申請を行った月以前1年間の入院日数合計	90 日間		
1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	6 年 ○月 ○ 日 から 6 年 △月 △ 日まで		90 日間
入院した保険医療機関等	名 称	□□病院	
	所在地	東京都○○区◇◇◇9－8－7	
2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		
5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 年 月 日まで		日間
入院した保険医療機関等	名 称		
	所在地		

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(◇◇◇◇)◇◇◇◇			