

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

いいえ

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。

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

いいえ

マイナ保険証※2はお持ちですか？

はい

いいえ

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

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

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

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

※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。

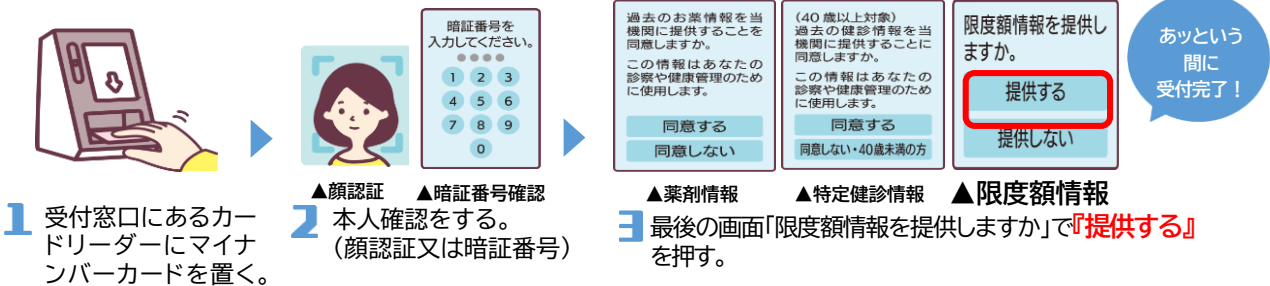
※2 マイナ保険証とは、マイナンバーカードを保険証として利用登録しているものです。

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。

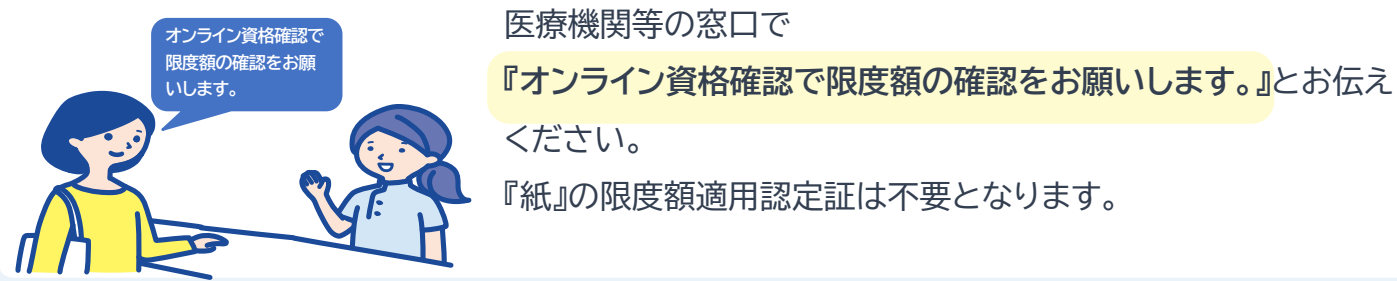
①マイナ保険証で医療機関の支払を自己負担限度額にする方法

 **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！**



※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



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）

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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

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 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 -)	()	(都 道 府 県)		

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	●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 ()			

申請代行者欄	申請代行者の 氏名	被保険者との関係			
	住所	(〒 -)	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			

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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

【記入例】

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 〇 年 〇 月 〇 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		
		000	4567890			
	氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇
	住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)	東京 〇〇区△△△			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090(〇〇〇〇)〇〇〇〇	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	●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 〇〇区◇◇◇◇ 9-8-7			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (△△△△)△△△△	□□病院			
	宛名	A病棟 〇〇〇号室 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 ◇◇区〇〇 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 Tel.03-3984-7171 (自動音声2→1)

受付日付印

常務理事	事務長			