

マイナンバーカードの健康保険証登録がお済みの方は

**限度額適用認定証の準備が 不要 です！**

## ● マイナ保険証でOK

これまで

医療機関・薬局の窓口での支払いが高額になりそうなきには、事前申請し「限度額適用認定証」の準備が必要でした。



これから

「限度額適用認定証」がなくても、高額医療の限度額を超える支払いが免除されます。

\* オンライン資格確認に未対応の医療機関等では「限度額適用認定証」が必要な場合もあります。

健保組合に限度額適用認定証の申請した場合、申請から認定証の受け取りまでに **1週間程**かかっていましたが、マイナ保険証を利用すれば認定証がなくても窓口負担が減額されます。

## ● 限度額情報を利用するには…

医療機関や薬局の窓口に設置されているマイナンバーカードのカードリーダーで操作します。  
「限度額情報を提供する」を選択すれば、設定は完了です。

## ● 限度額適用認定証の申請が必要な方

被保険者が非課税者の場合には手続きが必要です。  
事前に健保組合までご相談ください。

## ● マイナンバーを健保にご提出ください

マイナンバーを健保組合に未届けの場合、マイナ保険証は利用できません。  
事業所の担当者を通じて、健保組合にマイナンバーを届け出てください。

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

# 健康保険 限度額適用認定証 交付申請書

## 限度額適用・標準負担額減額認定証

◆申請の前に、必ずお読みください。

- ・当組合が申請書を受理した月の1日から適用されます。有効期限は原則として8月31日(非課税の方は7月31日)となります。
- ・申請書に記載漏れや不備がない場合、通常は申請書を受理した翌営業日に発送・お渡しとなります(更新を除く)。
- ・70歳以上の場合、負担割合が2割の方(被保険者が市区町村民税の非課税者である場合を除く)や、負担割合が3割かつ標準報酬月額が83万円以上の方は、マイナ保険証の提示により限度額適用認定証と同様の取扱いとなるため、**本申請は不要です**(標準報酬月額が不明な方は会社もしくは健保組合までお問合せください)。
- ・業務中や通勤・帰宅途中(パート・アルバイトも含む)で発生した傷病には使用できません。また交通事故など第三者の行為が原因の場合は「第三者行為に係る傷病届」の提出が必要となります。

(社員本人) 被保険者	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名	
	記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合				
	氏名				電話番号 (日中連絡先)      -      -
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	現住所	(〒      -      )			
	市区町村民税	<input type="checkbox"/> 課税者 <input type="checkbox"/> 非課税者(申請前に健保組合へお問合せください)			

(限度額適用認定証を使用される方) 認定対象者	氏名				電話番号 (日中連絡先)      -      -
	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 適用区分変更 <input type="checkbox"/> 紛失			
	国または都道府県・市区町村から医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい	いつから	(      年      月      日 )	
		<input type="checkbox"/> いいえ	制度名	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> 妊産婦医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性医療 <input type="checkbox"/> 難病医療 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> ひとり親医療 <input type="checkbox"/> その他(      )	
	申請理由	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 出産			

受領方法	<input type="checkbox"/> 被保険者の現住所へ郵送	
	<input type="checkbox"/> 上記以外へ郵送 ※医療機関を希望される場合は、事前に医療機関担当者へ送付可能か確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。	住所 (〒      -      )
	<input type="checkbox"/> 窓口受取り	宛名 <input type="checkbox"/> 本人(受取時に身分証明証をお持ちください) <input type="checkbox"/> 事業所担当者

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--