

限度額適用認定証の申請をする前に必ず確認ください！

もし

マイナンバーカードを被保険者証として利用する登録をしている

&

利用する医療機関がオンライン資格確認システムを導入している

両方に該当する場合は



限度額適用認定証は不要です

具体的な方法は…

**【利用する医療機関の窓口でマイナンバーカードを提示し、
照会に同意する旨を医療機関の窓口に伝える】**

だけです。

健康保険組合に申請書を送付したり、限度額適用認定証を返却する手間や費用がかかりません。

注意点

※ 利用する医療機関がオンライン資格確認システムを導入しているか、事前に利用する医療機関にお問い合わせすると良いでしょう。

利用する医療機関が、オンライン資格確認システムを導入していない場合は、限度額適用認定申請書をプリントアウトし、必要事項をご記入の上、必ず被保険者証のコピーと共に健康保険組合へ郵送してください。

限度額適用認定申請書提出についての注意点

- ※ A4サイズでプリントアウトしてください。
- ※ 限度額適用認定証は有効期間が終了しましたら、必ず健康保険組合に返却してください。紛失・破棄した場合は「限度額適用認定証 滅失届」を提出して頂きます。

<申請書の送付先および限度額適用認定証の返却先>

〒169-0073 東京都新宿区百人町 1-22-17 新宿リサーチパークビル

電話：03-6908-5426

マーキュリー健康保険組合

健康保険 限度額適用認定 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

医療機関等・薬局にオンライン資格確認が導入されましたので、下記①②の場合は原則、紙の「限度額適用認定証」は不要です。
①マイナンバーカードに被保険者登録している方は、マイナンバーカードをご利用下さい
②マイナンバーカードに被保険者登録していない方は、健康保険被保険者証で限度額区分を医療機関等・薬局に照会を依頼して下さい
※①または②の対応をしたにも関わらず、紙の「限度額適用認定証」が必要な方は、事情を記入して下さい
必ず記入が必要です→ []

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印 (フリガナ)				<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
住所	(〒 -)	都道 府県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

認定対象者	療養を受ける方 ※被保険者の場合は記不必要	氏名	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
	療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 令和			
原則健康保険組合が申請書を受付した月の1日から有効となります						

申請内容	ケガの場合 ※ケガの原因と状況	()	<input type="checkbox"/> ケガではありません
	療養を受ける傷病について	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務中・通勤途上中 <input type="checkbox"/> 第三者の行為による (事故・ケンカ等)	

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。					
	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	「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。					
	氏名・印				被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			申請代行の理由	<input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

上記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

被保険者証のコピーを必ず添付して下さい。

- 発効年月日は、特に記載がない場合、申請のあった日の属する月の初日となります。ただし入社の場合は、資格を取得した日又は被扶養者となった日が発効年月日となります。
- 標準報酬月額の変更に伴い所得区分の変更があった場合「健康保険限度額適用認定証」の切替えが必要となります。
- 「健康保険限度額適用認定証」の「有効期限」が過ぎましたら必ず健康保険組合に返却願います。
- 有効期限は、発行月から3ヶ月です。

(健康記入欄)	交付年月日	年 月 日	常務理事	事務長
	発送日	年 月 日		
	発効年月日	年 月 日	担当	担当
	有効期限	年 月 日		
	適用区分	ア イ ウ エ オ		

受付印