

申請前に
ご確認ください

資格確認書(またはマイナ保険証)があれば 「限度額適用認定証」の準備は不要です

医療機関ではオンライン資格確認※の導入によって限度額情報の確認が可能となりました。そのため、ほぼすべての医療機関等で「**限度額適用認定証**」がなくても窓口で**自己負担限度額までの支払いにとどめることができます。**

※医療機関等の窓口でマイナ保険証または資格確認書の記号番号によりオンラインで資格情報を確認する仕組み

これまでは

①健保組合へ
「限度額適用認定申請書」を
提出し、発行を申請する



②健保組合から
「限度額適用認定証」が届く



③医療機関・薬局の窓口で
「限度額適用認定証」を提示する



これからは

資格確認書で受診する場合

「限度額情報の提供に同意します」と
窓口で申し出ること

限度額情報
の提供に
同意します



マイナ保険証で受診する場合

マイナ保険証のカードリーダーで
受付をすることで



カードリーダーで受付

こんなときは「限度額適用認定証」の申請が必要です

- ▶ オンライン資格確認システムを導入していない医療機関等を受診するとき
- ▶ マイナンバーがTISインテックグループ健康保険組合に届いていないとき
- ▶ 低所得者(住民税非課税)に該当するとき

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定申請書

T I S インテックグループ健康保険組合

被保険者	記号		番号		会社名		
	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和		電話番号 <small>(日中に連絡のとれる電話番号)</small>	
適用対象者	氏名					被保険者との 続柄	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和			
	入院療養等の 見込期間 <small>(認定証の使用期間)</small>	申請書到着月の1日 ~ 令和 年 月 日まで					
	国や市区町村による 自己負担分の助成を 受けていますか <small>※いづれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている 【助成制度： _____】 <input type="checkbox"/> 現在、手続き中 【助成制度： _____ 認定予定日： _____】					
申請理由	限度額適用認定証の 申請が必要な理由 <small>※いづれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> オンライン資格確認未導入の医療機関受診のため <input type="checkbox"/> マイナンバーが健保組合に未着のため					
		<input type="checkbox"/> 低所得者（住民税非課税）のため ※【被保険者が住民税非課税の場合の注意事項】をご確認ください					
		<input type="checkbox"/> その他 【申請理由： _____】					
傷病の原因	怪我または 怪我が原因の病気 <small>(外傷性)ですか ※いづれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> いいえ ⇒ ①～③は記入不要です。					
		<input type="checkbox"/> はい ⇒ ①～③をご記入ください。					
	①第三者行為(交通 事故や暴力など) によるものですか <small>※いづれかにチェック</small>	<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(TEL076-444-8007)					
	②業務上や通勤・ 退勤途中に起きた ものですか <small>※いづれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> いいえ					
		<input type="checkbox"/> はい ⇒ 労災の可能性がります。申請前に健保組合へご連絡ください(TEL076-444-8007)					
	③受傷時の状況 <small>※いつ、どこで</small>						
認定証郵送先 <small>※簡易書留で郵送</small>	郵送希望場所 <small>※いづれかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
	〒 _____ - _____						
	宛名				電話番号		
備考欄					令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出		

●被保険者、適用対象者以外の方が申請する場合にご記入ください

申請代行者	氏名		電話番号 <small>(日中に連絡のとれる電話番号)</small>	
	適用対象者との関係			
	申請代行の理由			

R8.1

【注意事項】

- この申請書が健保組合に到着した月の初日から3ヶ月間を有効期限として交付します。(有効期限後も必要な場合は再度申請)
- 健保組合独自の付加給付は医療費を支払われた約3ヶ月後に給与と共にお支払いします。
- 認定証の発送日は、原則毎月3回(上・中・下旬)です。お急ぎの場合は、その旨ご連絡ください。

【被保険者が住民税非課税の場合の注意事項】

マイナンバー制度による情報連携により住民税非課税であることを確認します。
 ただしマイナンバーによる情報確認ができなかった場合、非課税証明書の提出を別途お願いすることがあります。

【4月～7月診療分】前年度の非課税証明書(原本) 【8月～翌年3月診療分】当年度の非課税証明書(原本)

- 申請月以前の1年間で90日を超えて入院された方は、入院時食事療養費の標準負担額が軽減されます。入院期間が記載されている領収書(写し)を添付してください。
- 被保険者の所得区分が「ア」「イ」「現役並みⅠ～Ⅲ」に該当する場合は住民税非課税でも低所得者には該当しません。

受付印

【お問い合わせ先】

〒930-8577 富山県富山市牛島新町5-5 T I S インテックグループ健康保険組合 宛
 F A X : 076-444-8037 T E L : 076-444-8007 ホームページ : <https://tisintecgrp-kenpo.or.jp/>