

申請にあたっての注意事項

オンライン資格確認システムを導入している医療機関等では、マイナンバーカード(マイナ保険証)もしくは保険証から限度額情報を確認できるようになりました。限度額適用認定証の事前申請は不要となり、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システム未対応の医療機関等では事前に「限度額適用認定証」の申請が必要です。

- ① マイナンバーカードの保険証登録がお済みの方(マイナ保険証)
窓口でマイナンバーカードをご提示ください。
- ② 利用登録がお済みでない方
保険証を提示し、限度額情報の照会を依頼してください。

今後はマイナ保険証へ移行することになりますので、早めに利用登録をおこなってください。

1. 「健康保険限度額適用認定証(以下「限度証」という。)の適用範囲について
会計前に医療機関等の窓口へ「限度証」を提示することで、医療機関等の窓口で支払う費用が、医療費総額のうち自己負担限度額までとなります。
差額ベッド代等健康保険対象外の費用や入院時の食事療養や生活療養にかかる標準負担額は自己負担となります。
なお、業務上災害・第三者行為による負傷(交通事故等)については健康保険の使用が制限されますので、事前に下記お問合せ先までご連絡ください。
※ 被保険者が住民税非課税の場合は、申請書類が異なります。
詳しくは下記お問合せ先までご連絡ください。
2. 医療費について
医療費は、個人毎、診療月毎、医療機関毎、医科/歯科毎、入院/外来毎で請求書が分かりますので、限度証もそれぞれの請求書に対して適用されます。
3. 「限度証」の発効月について
限度証の発効月は、当組合に申請書が到着した月の1日からとなります。
更新の場合であっても、前月に遡っての発効は行っていません。
4. 「限度証」の有効期限について
 - ・ 在職者 → 原則、発行月以後の初めて到来する**8月31日まで**
※ 有効期間中に満60歳になり3月31日をもって定年を迎えられる方は**3月31日まで**
 - ・ 任意継続被保険者と特例退職被保険者 → 発行月以後初めて到来する**3月31日まで**
 - ・ 有効期間中に満70歳を迎える方 → **誕生月の末日まで**
5. 「限度証」の返納について
限度証の交付を受けた被保険者が次の各号のいずれかに該当した場合、遅滞なく限度証を当組合に返納しなければなりません。
 - ① 被保険者の資格を喪失したとき
 - ② 保険者に変更があったとき
 - ③ 区分に変更があったとき
 - ④ 限度証の有効期限に至ったとき
6. 「申請書」の送付先・限度証の発行について
申請書は郵送または社内便で**KDDI健康保険組合**へ送付してください。(原本の郵送必須)
申請からお手元に届くまで7~10日程度かかります。時間に余裕をもって申請してください。
なお、1ヶ月以上先の申請の場合、原則、発効月の前月中旬以降に発行します。
申請後に送付先住所など変更があれば、事前に下記お問合せ先までご連絡ください。
7. お問合せ先
KDDI健康保険組合 給付担当
TEL: 03-5212-3311 (音声ガイダンス「2番」または「3番」/ 平日10:00~15:00)

常務理事	事務長		担当者

健康保険 限度額適用認定申請書

オンライン資格確認システムを導入している医療機関等では原則、「限度額適用認定証」は不要となりました。
限度額適用認定証が必要な医療機関等に確認のうえ、申請をおこなってください。

※黒ボールペン(消えるインク不可)でご記入ください。

訂正する場合は、被保険者の印鑑を訂正印としてお使いください。(修正テープや塗りつぶし等による訂正不可)

被保険者情報	被保険者証の 記号番号	記号 □□□	番号 □□□□□□□□	枝番 0 0
	氏名・印 (自署の場合は押印不要)	フリガナ	印 ①	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	現住所	(〒 □□□□□□□□)	都道府県	
	電話番号 (日中繋がる連絡先)	(□□□□□□□□)		
認定対象者欄	認定証が必要な方 (被扶養者の方は 記入必須)	氏名	被保険者 との続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和
	申請期間 (前月に遡っての申請不可)	令和 年 月 ~	令和 年 月 まで	
	申請事由	病気 ・ ケガ	外傷性のケガや業務(通勤)災害、第三者行為による負傷(交通事故や暴力行為等)の場合には、事前に裏面7のお問い合わせ先まで必ずお申し出ください。ご連絡が無い場合、発行が遅れる原因になります。	
送付希望先	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	
	宛名	電話番号 (日中の連絡先)	(□□□□□□□□)	

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

代行者欄	氏名		被保険者との関係	
	電話番号 (日中繋がる連絡先)	(□□□□□□□□)	申請代行の理由	被保険者が入院中のため その他 (□□□□□□□□)

【送付先住所】

〒102-8460
東京都千代田区飯田橋3-10-10 ガーデンエアタワー32F
KDDI健康保険組合 限度証担当者 宛

健保記入欄(区分)

ア	<input type="checkbox"/>	イ	<input type="checkbox"/>
ウ	<input type="checkbox"/>	エ	<input type="checkbox"/>

受付日付印