

◆ **健康保険限度額適用認定証について** ◆

業務上で発生した傷病及び通勤災害以外で高額な医療費が見込まれる場合は、事前に当組合に「健康保険限度額適用認定証 交付申請書」を提出し、「資格確認書」とともに「健康保険限度額適用認定証」(以下「認定証」という)を医療機関等の窓口(※1)に提示すると、1か月(1日から月末まで)の窓口で支払う費用を高額療養費の自己負担限度額(※2)までに軽減することができます。

- ※1 保険医療機関(「入院」・「通院」別)、保険薬局等、それぞれでの取扱いとなります。
- ※2 保険対象外の差額ベッド代や入院時の食事代は対象外となります。

◆ **認定証の交付対象となる方(以下の条件を全て満たしている方)** ◆

- 関東ITソフトウェア健康保険組合の **本人(被保険者)** または **家族(被扶養者)** の方で (※3)
 - ・ 70歳未満の方
 - ・ 70歳から74歳で「一部負担金の割合が3割」かつ「標準報酬月額が28万円から79万円」の方
- 入院・通院等で使用またはその予定がある方
- 高額な医療費が見込まれる方

※3 **記号・番号 は以下に記載されています。**
「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(紙 or Web)」「旧保険証」
当組合に加入されていない方は申請できませんので、「保険者名称」をご確認のうえ、
加入している保険者にお問い合わせください。

◆ **外傷性の傷病について** ◆

ケガまたはケガが原因の病気の場合は申請前に必ず求償課(TEL: 03-5925-5326)へご連絡ください。

◆ **認定証必要期間について** ◆

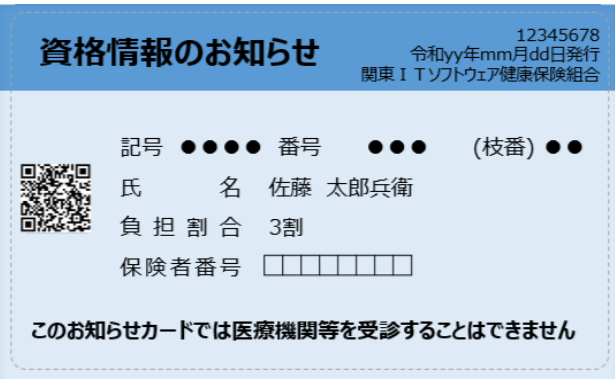
当組合が申請書を受付した月の1日から1年間有効な認定証を交付します。
厚生労働省の通達により「発効年月日欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること」と定められているため、**受付月の前月に遡っての交付はできません。**
有効期限が過ぎた後も引き続き必要な場合は、有効期限の翌月1日以降にお持ちの認定証と「健康保険限度額適用認定証 交付申請書」をご提出ください。

- 以下の方は期間が1年未満となります。
- ・ 受付月中に取得・認定された方
 - ・ 1年以内に70歳になる方(70歳以上で交付対象の方はあらためて申請が必要です)
 - ・ 1年以内に任意継続の加入期間(2年間)が満了する方

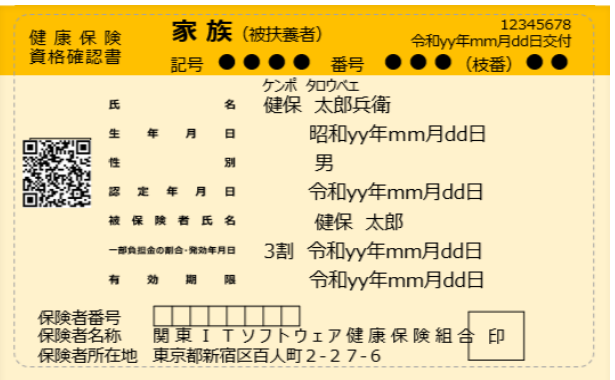
◆ **申請先(郵送でのお手続きをお願いいたします)** ◆

〒169-8516 東京都新宿区百人町2-27-6
関東ITソフトウェア健康保険組合 審査課 宛 TEL: 03-5925-5304

▼ 資格情報のお知らせ



▼ 資格確認書



▼ マイナポータルの「健康保険証」画面



入力見本

健康保険限度額適用認定証 交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号
		123	45
	フリガナ	タナカ タロウ	
	氏 名	田中 太郎	
		昭和 平成	60 年 1 月 1 日
	住 所	〒 ●●● - ●●● 東京 都 道 府 県 新宿区百人町●-●-●	
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	●●マンション101 TEL 090 (●●●●) ●●●●	

・本人（被保険者）の情報を必ず入力してください。（本人＝被保険者・家族＝被扶養者）療養を受ける方が家族（被扶養者）であっても、被保険者情報の入力は必須です。

・『記号・番号』は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。『（枝番）』の印字がある方でも枝番は入力不要です。「06138093」は記号・番号ではありません。

・住所は必ず被保険者自宅の郵便番号・都道府県から正確に入力してください。TELは日中繋がる被保険者の電話番号を入力してください。

・「昭和 平成」「都道府県」には○をしてください。

受 け る 方	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。			
	フリガナ	タナカ ハナコ		生 年 月 日
	氏 名	田中 花子		昭和 平成 令和
		60 年 12 月 1 日		

・対象者が家族（被扶養者）の場合に入力してください。本人（被保険者）の場合は入力不要です。「70歳以上の家族（被扶養者）で負担割合が2割」の方は申請不要です。

・「昭和 平成 令和」には○をしてください。

認 定 証 の 送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に認定証の送付を希望する場合のみご記入ください。 * 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず（様方）をご記入ください。				
	住 所	〒 ●●● - ●●● 東京 都 道 府 県 新宿区			
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	新宿●-●-●		TEL 03 (●●●●) ●●●●	
	社名・部署名 医療機関名 病棟・病室番号等	●●総合病院 5階A病棟501	宛名 (個人名)	田中 花子	
			(様方)	様	

・「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合は、*をお読みのうえ、確実に受け取れるよう詳しく入力してください。

・住所は必ず郵便番号・都道府県から正確に入力してください。

・「都道府県」には○をしてください。

・送付先欄を入力する場合、宛名（個人名）は必須です。

申 請 代 行 者	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。「その他」にチェックする場合、カッコ内は必須です。 事業所や社会保険労務士事務所の方が申請代行する場合、氏名欄は「事業所名 or 事務所名」+「フルネーム」を記入してください。				
	氏 名	株式会社●● 健保 次郎	被保険者との 関係	☒ 事務担当者 ☐ 家族 ☐ その他 ()	
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL 080 (●●●●) ●●●●	申請代行の 理由	☐ 被保険者本人が入院中のため。 ☒ その他 (本人から依頼を受けたため)	

・被保険者以外の方が申請書を作成する場合に入力してください。

・該当する箇所にチェックを入れてください。「その他」はカッコ内の入力が必須です。

・事業所や社会保険労務士事務所の方が申請代行する場合、氏名欄は「事業所名 or 事務所名」+「フルネーム」を入力してください。

当組合が申請書を受付した月の1日から1年間有効な認定証を交付します。

* 受付月の初日より前に遡ることはできません。

* 受付月途中に取得・認定の場合はその日からの発効となります。

* 期間中に70歳に到達される方・任意継続被保険者期間満了となる方は1年間未満の有効期間となります。

〔備考〕

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(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。)

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 7 年 12 月 1 日 内容をご確認のうえ、作成日を入力してください。

以下の場合を除き、当組合受付日から2～3日（営業日）以内に発送するため、提出から約1週間程度での到着目安となります。※ただし、郵便事情によります。

- 入力内容に不備等がある場合 ⇒ お電話での確認または再提出をお願いする可能性があります。
- 被扶養者（異動）届と同時に申請の場合 ⇒ 扶養認定後の交付となります。
- 任意継続被保険者資格取得申請書と同時に申請の場合 ⇒ 任意継続の資格取得後の交付となります。

当組合HPもあわせてご覧ください。

- TOP> 健康保険の手続き> 医療費が高額なとき（高額療養費/限度額適用認定証）> 高額な医療費がかかったとき
- TOP> よくあるご質問> 健康保険の手続き> 限度額適用認定証