



限度額適用認定証 申請利用者画面

- マイナ保険証で受診される場合、
限度額情報が提供されるため限度額認定証の申請は不要です。
- すでに医療費をお支払いされている場合は、
申請は不要です。



【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 限度額適用認定申請

限度額適用認定申請

申請者	
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、申請してください。
注意事項	<p>被扶養者の方の申請も被保険者が行ってください。</p> <p>限度額適用認定証は医療費が高額になると見込まれる場合、事前に医療機関等に提示することによって効力を発揮します。既に医療費をお支払いされている場合は、申請の必要はありません。</p> <p>マイナ保険証利用の場合は、事前の手続きなく、限度額情報が提供されますので、限度額適用認定証は不要となります。</p> <p>申請月の1日が発行日となります。</p> <p>限度額適用認定証の有効期限は最長1年間、ただし8月31日を超える場合は8月31日までとなります。有効期限が経過し、継続して交付を希望する場合は、再度申請が必要です。</p>

申請方法、注意事項を確認の上、申請を始めてください。
 ※住民税が非課税の方は電子申請はできません。
 リクルート健康保険組合のHPをご確認いただき、書面にて申請ください。

申請する

申請者情報

限度額適用認定申請

申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する 09012345678 <input type="radio"/> 新規に登録する
連絡先：メールアドレス	<small>※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。</small> test@test

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

申請対象者情報

限度額適用認定申請

申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者	<small>「限度額適用認定証」の交付を必要とする方を選択してください 複数名分必要の場合は、それぞれ個別に申請してください</small> <input type="radio"/> テスト 太郎 <input type="radio"/> テスト 花子
-------	--

今回の交付が必要になる方を
選択してください。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

申請内容

申請内容

発効日は申請月の1日となります（遡っての発行はできません）

<p>限度額認定証が必要となる期間</p>	<p>必須</p> <p>令和8 年 6 月まで （最長8月31日まで）</p> <p>プルダウンにて必要になる期間を選択ください。 期間は最長でも8月31日となります。8月以前に9月以降を選択した場合、8月末までの期間で発行します。9月以降の分が必要な場合、9月以降に再度ご申請ください。</p>
<p>送付先住所</p>	<p>郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁）</p> <p><input type="text"/> <input type="button" value="検索"/></p> <p>都道府県 必須</p> <p><input type="text"/></p> <p>市区町村番地 必須 ※全角入力</p> <p><input type="text"/></p> <p>建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力</p> <p>*マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください。また病院の場合は病棟・部屋番号まで、実家で表札が異なる場合は世帯主氏名まで必ず入力してください。漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあ</p>

病院への送付をご希望の場合、事前に必ず病院へ受取が可能か確認してください。

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

8.【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

入力内容確認

限度額適用認定申請（入力内容確認）

申請者情報

保険証記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎 性別: 男 生年月日: 1980年01月08日 続柄: 本人
連絡先: 電話番号	必須 09012345678
連絡先: メールアドレス	

申請対象者、住所、期間に誤りがないか確認の上、確定してください。

申請対象者情報

申請対象者	必須 テスト 太郎 性別: 男 生年月日: 1980年01月08日 続柄: 本人
-------	---

申請内容

限度額認定証が必要となる期間	必須 令和7年3月 まで (最長8月31日まで)
送付先住所	必須 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

申請完了

限度額適用認定証申請（申請完了）

限度額適用認定証の申請が完了しました。

健康保険組合にて申請確認後、3営業日以内にご登録の住所に郵送します。
不備あった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただいております。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

**健康保険組合にて申請確認後、今回ご登録いただいた住所に3営業日以内に郵送します。
不備がある場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入ります。**