

低所得者は除く

交付No.	
交付日	年 月 日
所得区分	

部長	課長	係長	係

健康保険限度額適用認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号				事業所	名 称			
	—					所在地			
	被保険者氏名			⑩	生年月日	昭和 年 月 日 平成			
	適用対象者氏名			生年月日	昭和 年 月 日 平成	続柄	性別 男・女		
	(認定証は原則、月初からの交付となります) 利用開始希望月をご記入ください				平成 年 月 ~				
	入院予定(入院中)の方のみご記入ください。 入院療養等見込期間				平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日・未定				
	認定証送付先住所 (自宅・事業所・その他)				〒 -		電話 ()		
	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。								
	平成 年 月 日 東京都報道事業健康保険組合 理 事 長 殿								

【添付書類】

- ※ 健康保険被保険者証(適用対象者分)の写しを添付して申請してください。

【注意事項】

- ※ この申請書は、保険医療機関等で保険診療(入院・通院・調剤)を受けた場合、所得区分に応じて窓口での一部負担金等の支払を、高額療養費自己負担限度額までとするための「認定証」の交付を申請するものです。
- ※ この申請は適用対象者毎に行ってください。被保険者が記入する欄はもれなく記入・押印してください。
- ※ 低所得者の方は、別様式「健康保険限度額適用・標準負担額認定申請書」をご利用ください。
- ※ 「認定証」は原則、上記記載送付先の住所宛に送付いたしますので、郵便番号、住所、宛名を詳しくご記入ください。

受付日付印