

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入例 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 低所得者は除く </div>	
交付日	年 月 日	部長	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> *添付書類… 適用対象者の健康 保険証(写) </div>
所得区	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> *適用対象者とは… 認定証を交付される方です </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 忘れずに押印 ください。 </div>	

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		(勤務先名称) ○○○株式会社						
	1	2		3	-	4	5	6	7	所在地		(勤務先住所) 東京都千代田区○○△△-△△
	被保険者氏名		報道 太郎		(報道)	生年月日		昭和	39年12月1日		平成	
	適用対象者氏名		報道 一郎		生年月日		昭和	16年5月1日		続柄	長男	
							平成			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 5 月 ~					
	入院予定(入院中)の方はのみご記入ください			入院療養等見込期間		平成 △△ 年 5 月 15 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		△△△ (△△△) △△△△△				
	(こちらに記入されたご住所に限度額適用認定証を送付します)											
	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。 平成 △△ 年 5 月 8 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