

記入例

低所得者は除く

*適用対象者とは・・・
認定証を交付される方です。*添付書類・・・
適用対象者の
健康保険証(写)

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		生年月日	昭・平・令	39年12月 1日		
	適用対象者氏名				報道 一郎		生年月日	昭・平・令	16年5月 1日	続柄	長男
									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					令和 △△ 年 5 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 令和 △△ 年 5 月 15 日 ~ 令和 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。 令和 △△ 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、宛名を詳しく記入してください。

～マイナ保険証のご案内～

- ※ マイナ保険証が便利です!
マイナ保険証を利用すれば、この申請をしなくても、高額療養費制度における自己負担限度額を超える支払の必要がなくなります。マイナ保険証をぜひご利用ください。

受付日付印