

<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>記入例</b> </div>		70歳未満（低所得者は除く）		
		<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>*添付書類… 適用対象者の健康 保険証（写）</b> </div>		
交付日	年 月 日	常務理事	事務長	部長
所得区	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>*適用対象者とは… 認定証を交付される方です</b> </div>		<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>忘れずに押印 ください。</b> </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	
	被保険者氏名		報道 太郎		昭和 平成	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			昭和 平成	生年月日		昭和 16年5月1日 平成		続柄
					平成 △△ 年 5 月 ~		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					
	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)										
	<p>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。</p> <p>平成 △△ 年 5 月 8 日 東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿</p>										

### 【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。
- ※ 70歳未満の低所得者の方は、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

