

低所得者は除く

|       |       |
|-------|-------|
| 交付No. |       |
| 交付日   | 年 月 日 |
| 所得区分  |       |

|    |    |      |    |   |
|----|----|------|----|---|
| 部長 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|    |    |      |    |   |

## 健康保険限度額適用認定申請書

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

受付日付印