2024.2

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			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）利用開始希望月をご記入ください	令和　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	令和　年　月　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　（　）					

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

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