

低所得者は除く

記入例

交付日 年 月 日

*適用対象者とは・・・
認定証を交付される方です。

部長	課長	課員	係長	係員

*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		
							昭・平・令	16年5月 1日	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 5 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 5 月 15 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 (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。

受付日付印