

限度額適用認定証の交付を受けたいとき

入通院（70歳未満の方）により、あらかじめ医療費が高額になることがわかっている場合で限度額適用認定証の交付を受けたいときは、「健康保険限度額適用認定申請書」にてご申請ください。理美けんぽにて確認後、交付されます。

申請書類：「健康保険限度額適用認定申請書」（単票）

申請期限：すみやかに

添付書類：「非課税証明書」（※被保険者が前年度住民税非課税の場合：新卒入社等）

同年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

兼 食事療養標準負担額減額申請書(被保険者が非課税の場合のみ)

※申請書は黒のボールペン(消えないペン)でご記入ください。

①	被保険者証 記号・番号	記号 1234 番号 9999	④	事業所名(または勤務していた事業所名)	
②	被保険者氏名	健保 太郎		名称	株式会社 ○○○
		<small>※被保険者氏名は必ず自署でご記入ください。</small>			
③	被保険者の 生年月日	昭和 平成 44 年 4 月 1 日	所在地	東京都中央区日本橋大伝馬町△-△-△	
⑤	被保険者の 住所	〒 123-4567 東京都中央区日本橋大伝馬町○-○		TEL	03 (6661) 6106
⑥	対象者氏名	健保 花子		続柄:(妻)
⑦	対象者の 生年月日	昭和 平成 50 年 3 月 3 日			
⑧	使用期間	令和 4 年 1 月 1 日 ~ (15 日間 ・ ヶ月間)			
⑨	⑤以外に送付を 希望する場合	住所	〒 ()		
		宛名	被保険者との続柄		
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 4 年 1 月 1 日					
申請者			住所	東京都中央区日本橋大伝馬町○-○	
			氏名	健保 太郎	
			電話	03 (6661) 6106	

被保険者名は、必ず自署でご記入ください。

入通院される方の氏名、続柄をご記入ください。

限度額認定証を、使用される期間をご記入ください。

<注意> ※ 認定証は、被保険者証とともに医療機関に提示してください。認定期間中の高額療養費は現物給付となります。
 ※ 被保険者の所得の変動等に伴い適用区分が変更となった場合は、再度の申請が必要となります。
 ※ 被保険者の当年度市区町村民税が非課税の場合は、市区町村民税非課税証明書(原本)を添付のうえ、申請してください。

受付日付印