

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者	被保険者証 記号	○○○	番号	○○○○○○○	事業所名	○○○○(株)○○○工場	
	被保険者の氏名	健 保 太 郎			生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日	平成
	被保険者の住所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○県○○○市○○○1-2-3			電話番号	○○○ (○○○○) ○○○○	
適用対象者	適用対象者の氏名	健 保 花 子			生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日	平成 令和
	療養開始予定日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	記載がない場合、原則受付月の1日から1年間有効となります。		続柄	妻	
希望送付先	限度額適用認定証の送付先	1. 事業所労務担当課		2. 自宅		3. その他	
	〔右欄1, 2, 3のいずれかに○印を付けて下さい。〕	3. その他をご希望の場合の送付先		〒 -			

事業所受付日：令和 年 月 日

【被保険者の方へ】

- 申請が必要な方は、70歳未満の方、および、70歳以上で「高齢受給者証」の一部負担金の割合欄が「3割」で、かつ、標準報酬月額が28万円～79万円(現役並所得者Ⅰ・Ⅱ)の方です。
(注)70歳以上で「高齢受給者証」の一部負担金の割合欄が「2割」の方、および、標準報酬月額が83万円以上(現役並所得者Ⅲ)の方の申請は不要です。
- 低所得者(住民税非課税世帯)の方は、別途「限度額適用・標準負担減額認定申請書」を提出して下さい。
- 申請は適用対象者ごとに行なって下さい。
- 適用対象者が被保険者本人の場合、適用対象者の氏名欄は被保険者本人と記入して下さい。(生年月日は記入不要)
- 療養開始予定日欄には、入院の場合は入院日(予定)を記入して下さい。
- 有効期限は1年間です。有効期限以降は使用できませんので、引き続き必要な場合は、再度申請手続きをして下さい。(その際、不要になった限度額適用認定証を添付して下さい。)
- 提出先は各事業所労務担当課です。急を要する場合や任意継続被保険者は、直接東レ健康保険組合に提出して下さい。

東レ健康組合使用欄	適用区分	ア イ ウ エ	
	交付日	返納日	
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	発効日	有効期限	
令和 年 月 日	令和 年 月 日		

担当	G L	事務長	常務理事