

常務理事	事務長	担当

【注意事項】 ・申請の認定証は入院時及び外来についても使用できます。
 ・申請書は対象者毎に提出ください。

健康保険 限度額適用認定証交付申請書

被保険者	記号	番号	氏名	⑩	所属先	性別	生年月日	昭平令	年	月	日
	住所				資格取得年月日	昭平令	年	月	日	標準報酬月額	千円
適用対象者	(フリガナ) 氏名		性別	生年月日		続柄	適用対象者住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)				
	男	女	昭平令	年	月	日					
備考	<p>※ この申請書により交付された認定証を病院の窓口に掲示すれば、70歳未満の方の療養に係わる窓口負担額を自己負担額にとどめることができますようになります。 なお、70歳以上の方には、高齢受給者証を交付しており、既に自己負担限度額にとどめる措置が講じられていますので、認定証の交付申請は必要ありません。但し、現役並み所得者は申請が必要です。 低所得者（被保険者が市町村民税非課税者）の方の申請は別になります。</p>										
自己負担限度額	適用区分	ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%		ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%			
		イ	標準報酬月額 53万～79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%		エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円			
<p>※ 医療費とは 一月分 (1日から月末) に要する医療費総額</p>											
<p>上記の通り被保険者から届がありましたので提出します。</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p>										<p>年 月 日</p> <p>【 受付日付印 】</p>	

東急百貨店健康保険組合理事長 殿

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄