

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

市区町村民税
非課税の方以外

被 保 険 者	ふりがな		被保険者証	記号		番号	
	被保険者 氏名						
		生年月日		年	月	日	
	住 所	〒 電話 ()					
	事業所名称 (任意継続・特例退職 の方は不要)						

認 定 対 象 者 用	ふりがな		続柄	
	氏 名		生年月日	年 月 日
			認定証 使用開始	年 月診療から使用予定

認 定 証 送 付 先	送付先は原則、事業所（任意継続・特例退職の方は、被保険者住所）となります。	
	☐ その他	
	住 所	〒
	宛 名	
	「その他」を 希望する理由	

備 考 欄	
-------	--

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。

申請日 年 月 日

注意事項

①被保険者が非課税の方は別様式の提出をお願いします

被保険者の市区町村民税が非課税などによる低所得者の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」（別様式）に「非課税証明書」（原本）を添付してご提出ください。

②高齢受給者証をお持ちの方は提出不要です

70歳以上75歳未満で標準報酬月額26万円以下の方と83万円以上の方は、「高齢受給者証」を提示することにより医療機関の窓口での負担が自己負担限度額までとなります。

③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（事業所を経由せずに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書類の添付が必要です）。

受付日付印