

健康保険限度額適用認定証交付申請書

きんでん健康保険組合理事長 殿

|                  |                                                          |                      |          |       |
|------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|----------|-------|
| 被保険者等記号番号        |                                                          | —                    |          |       |
| 被 保 険 者          | 氏名                                                       | ⑩                    |          |       |
|                  | 生年月日                                                     | 年 月 日                |          |       |
| 適用対象者            | 氏名                                                       |                      | 被保険者との続柄 |       |
|                  | 生年月日                                                     | 年 月 日                | 性別       | 男 ・ 女 |
| 該当するものに○をつけてください |                                                          |                      |          |       |
|                  | 入 院 予 定 期 間 又は                                           | 令和 年 月 日 より 約 日間     |          |       |
|                  | ※ 高 額 な 外 来<br>(通院・保険薬局・指定訪問看護事業者等で受ける保険診療が高額になると思われる)期間 | 又は<br>令和 年 月 より 約 ヶ月 |          |       |
| 所属事業所            | 名 称                                                      |                      |          |       |
|                  | 所在地                                                      |                      |          |       |
| 被保険者(適用対象者)の住所   |                                                          | 〒                    |          |       |

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。

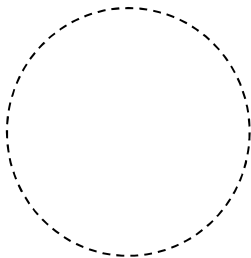
年 月 日

|         |       |   |   |   |      |     |
|---------|-------|---|---|---|------|-----|
| 常 務 理 事 | 事 務 長 | 係 | 係 | 係 | 資格照合 | 入力日 |
|         |       |   |   |   |      |     |

※ 適用対象者1人につき、1ヵ月ごと 1医療機関、1診療科(通院、入院別)での窓口負担限度額は被保険者の所得区分により、下記ようになります。

| 所得区分   | 適用区分        | 月単位の窓口負担上限額  |
|--------|-------------|--------------|
| 標準報酬月額 | 83万円以上      | ア 約 252,600円 |
|        | 53万以上83万円未満 | イ 約 167,400円 |
|        | 28万以上53万円未満 | ウ 約 80,100円  |
|        | 28万円未満      | エ 57,600円    |

受付印



|                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者のマイナンバー記載欄<br>(記号・番号を記入した場合は記入不要) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(2024.11)