

健康保険限度額適用認定証交付申請書(70歳以上)

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	Ⓜ		
	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 (通院・保険薬局・指定訪問看護 事業者等で受ける <u>保険診療が</u> <u>高額</u> になると思われる)期間	又は	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

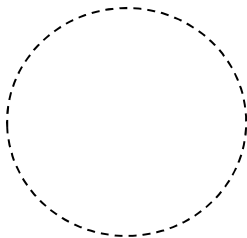
常 務 理 事	事 務 長	係	係	係	資格照合	入力日

※ 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。

高齢受給者証 (3割負担)		適用区分	月単位の窓口負担上限額
所得区分 (標準報酬月額)	83万円以上	現役並み Ⅲ	約 252,600円
	53万以上83万円未満	現役並み Ⅱ	約 167,400円
	28万以上53万円未満	現役並み Ⅰ	約 80,100円

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

受付印



(2024.11)