

様式1号

※ 健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議		
				標準報酬月額	ア イ ウ エ オ	
				(千円)		
起案		令和	年	月	日	

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書



デサント健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

		①申請日	令和	年	月	日
被保険者	②記号	③番号				
	④氏名			印	(シャチハタ可)	
	⑤生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	⑥住所	〒 -				
認定証が必要な方	被保険者ご自身が必要な場合は⑦氏名に「本人」とご記入ください。(⑧生年月日は不要です。)					
	⑦氏名					
	⑧生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月
認定証が必要な期間	⑨ 令和 年 月 ~ 令和 年 8 月					
※ 限度額認定証の有効期間は、必要月から8月分まで発行します。 ※ 標準報酬月額の見直しのため、9月以降の発行が必要な場合は再度申請してください。 標準報酬月額が確定次第発行いたします。 ※ 長期間使用する場合は、紛失しないように大切に保管ください。						
⑩ 入院等が負傷の場合は、原因を記載してください。(仕事中や通勤途中で発生した傷病の場合は対象外です。)						

※ 限度額適用認定証は、ご不要になりましたら健保組合あてに必ずご返却ください。
また、資格喪失後は使用できませんので、保険証とあわせて速やかにご返却ください。

【被保険者が市区町村民税非課税者の方】

市区町村長が証明する被保険者の「非課税証明書」を添付ください。

【70歳以上の方で窓口負担が2割の方】

「高齢受給者証」の提示で高額療養費の自己負担限度額が適用されますので、申請は不要です。