

常務理事		担当者	担当者		起案日
					年月日
取得年月日	昭・平・令年月日	喪失年月日	喪失年月日	令和年月日	
扶養者認定年月日	昭・平・令年月日	標準報酬月額／適用区分		千円／ア・イ・ウ・エ・オ	

健康保険 限度額適用認定・標準負担額認定申請書

マイナ保険証をお持ちの住民税非課税等に該当される方で登録区分を変更する場合、この申請書を提出してください。

※太枠内をご記入ください。

記号・番号				事業所名称
被保険者		氏名		
		生年月日	昭・平年月日生	
		住所	〒	連絡先TEL (会社・自宅・携帯)
適用対象者 (被保険者以外の場合)		氏名	被保険者との続柄	
		生年月日	昭・平・令年月日生	父・母・妻・子・その他()
入院・外来診療等予定期間		平成・令和年月日～令和年月日まで	入院(予定)・入院中・通院(中)	
被保険者が住民税非課税等に該当される方	情報照会		マイナンバーを利用した情報照会を 1. 希望する (下記の被保険者欄を記入してください) 2. 希望しない (市区町村発行の所得証明(非課税証明)を添付してください)	
	被保険者	マイナンバー		
		郵便番号	※提出時期が【1月～7月】の場合、前年1月1日時点の住民票の郵便番号を 【8月～12月】の場合は、本年1月1日時点の住民票の郵便番号を記入してください	

上記のとおり申請いたします。

令和年月日

兼松連合健康保険組合 理事長 殿

被保険者 氏名 _____

申請先	541-0048 大阪市中央区瓦町二丁目6番9号 大織健保会館2階 兼松連合健康保険組合 電話 06(6231)1877
-----	--

【自己負担限度額】

適用区分「ア」:標準報酬月額が 83 万円以上	252,600 円+(医療費-842,000 円)×1%
適用区分「イ」:標準報酬月額が 53 万~79 万円	167,400 円+(医療費-558,000 円)×1%
適用区分「ウ」:標準報酬月額が 28 万~50 万円	80,100 円+(医療費-267,000 円)×1%
適用区分「エ」:標準報酬月額が 26 万円以下	57,600 円
適用区分「オ」:低所得者(市区町村民税が非課税者等)	35,400 円

※ 医療費とは、一月分(1日から月末)に要する医療費総額のこと