

常務理事		担当者	担当者		交付年月日
					年 月 日
取得年月日	昭・平・令 年 月 日	有効期限		自:令和 年 月 日	
喪失年月日	令和 年 月 日			至: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 限度額適用認定証交付申請書

※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	〒 ー 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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 入院(予定)・入院中・通院(中)			
認定証送付先住所 (被保険者の住所への送付の場合は 同上とご記入願います)		〒 送付先名称 気付 (事業所 実家 その他)		
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				

注意事項	限度額適用認定証交付対象者 ○ 70歳未満の被保険者および被扶養者で、入院・外来診療中もしくは入院・外来診療等の予定のある方。 ○ 厚生労働省の通達により「発効年月日欄」には、申請のあった日の属する月の初日を記載することと定められているため、 <u>前月に遡っての発行はできません。</u> ○ 申請のあった月に資格取得、又は被扶養者となった場合は、その資格取得日、又は扶養認定日となります。 <u>被保険者または被扶養者が、下記の事項に該当した際には、認定証を返納してください。</u> 1. 被保険者が資格を喪失したとき 2. 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなったとき 3. 被保険者が標準報酬月額の変動により適用区分欄の区分が変わったとき 4. 適用対象者が70歳に達する月の翌月に至ったとき 5. 適用対象者が後期高齢者医療制度の対象者となったとき 6. 認定証の有効期限に達したとき	
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	
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	