

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当	交付事由（新規・更新・再交付）		適用区分 現Ⅱ(イ)・現Ⅰ(ウ)
						発効年月日	有効期限	

健康保険 限度額適用認定 申請書【70歳以上用(注)】

(注) 高齢受給者証の「一部負担金の割合」が「3割」と表示されている方の内、標準報酬月額が28万円から79万円の方が対象です。

以下、太枠内に必要事項をご記入のうえ、当健康保険組合まで郵送にてご申請ください。

被保険者情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	性別
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	印 自署の場合は押印省略可
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	生年月日	続柄
	必要とする 認定証の年月 (入院及び外来)	平成 年 月分から必要		

「送付希望先欄」は、上記被保険者情報欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

送付希望先	住所	(〒 -)	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	
	宛名		

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。 平成 年 月 日

その他 連絡事項	
-------------	--

(30.8)

受付日付印

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
 ※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写」の添付が必要となります。

備考欄