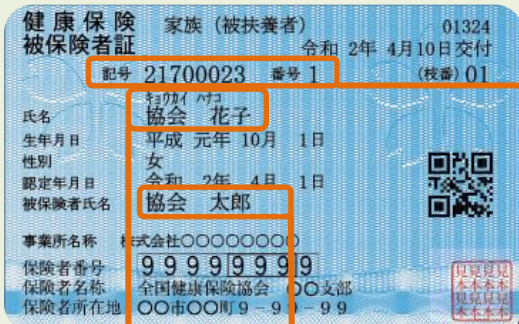


# 限度額適用認定申請書〈新様式〉

## 記入誤りの多い箇所についてご確認ください。



### 健康保険 限度額適用認定 申請書



を越えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証	記号 (左つめ) 番号 (左つめ)	生年月日
	2 1 7 0 0 0 2 3 1	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 6 1 年 0 5 月 3 1 日
被保険者情報	氏名 (カタカナ)	
	キョウカイ タロウ	
	氏名	
	協会 太郎	
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左つめハイフン除く)
	1 2 3 4 5 6 7	
	住所	
	京都 都 道	
	府 県	

### ポイント①

保険料を負担している方 (被保険者)の氏名・生年月日等をご記入ください。

認定対象者欄	氏名 (カタカナ)	生年月日
	キョウカイ ハナコ	2. 平成 0 1 年 1 0 月 0 1 日

### ポイント②

記入必須

療養を受けられる対象者の氏名・生年月日をご記入ください。  
※対象者が被保険者本人でも必ずご記入ください。

### ポイント③

**下記のどちらにも該当する対象者は、提出不要です！**

- 対象者が70歳以上で高齢受給者証の負担割合が2割の方
- 被保険者の住民税が課税されている方

いずれにも該当する方は、保険証と高齢受給者証を提示することで自己負担上限額が適用されますので、ご申請は不要です。

(対象者が70歳以上で高齢受給者証の負担割合が3割かつ被保険者の標準報酬月額が83万円以上の場合も提出不要です)

被保険者の住民税が非課税の場合は別様式の「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」のご提出をお願いします。