

資格取得	S・H・R 年 月 日
標準報酬月額	千円
発効	R 年 月 日
有効期限	R 年 月 日

決定 R 年 月 日

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 限度額適用認定 申請書(新規・更新)
標準負担額減額認定

被保険者記号番号		-	
被保険者	氏名	⑩	
	生年月日	昭平令 年 月 日	事業所 所在地
適用対象者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭平令 年 月 日	性別 男・女
被保険者(適用対象者)の住所及び連絡先		住所:〒 - 連絡先:	
限度額認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 (店・部) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 (〒 -)		

※ 限度額認定証の送付先を、自宅又はその他を希望された場合は送付先の氏名住所を記載した封筒を添付してください。(110円切手を貼っておいてください。切手の貼付、封筒の添付がない場合は勤務先へ送付します。)

入院予定年月日 令和 年 月 日

上記のとおり健康保険限度額適用認定証(標準負担額認定証)の交付を申請します。

令和 年 月 日

万代健康保険組合理事長 殿

付 年 月 日
受

※市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。
※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。

市区町村長証明欄

当該被保険者(氏名)は平成・令和 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。
市区町村長名

⑩

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されるため、この限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
~マイナンバーカードをお持ちの方は保険証利用登録をしてぜひご利用ください~