

常務理事	事務長		担当者

資格取得日	年 月 日
標準報酬月額	千円
有効期限	自 年 月 日 至 年 月 日

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

○太枠内のみ記入してください

被保険者証記号番号		9 - 99999	
被保険者	氏名 (自署)	和江 太郎 自署	社員番号 9999999
	生年月日	昭 平・令 48年 11月 18日	TEL 番号 999-9999-9999
適用対象者	氏名	和江 太郎	被保険者との続柄 本人
	生年月日	昭 平・令 48年 11月 18日	性別 男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒999-9999 〇〇県〇〇市〇〇町 1-23	
認定証送付先 ※「認定証」は簡易書留でお送りします。 必ず、受取り可能な住所をご記入ください。		※ご希望の送付先に○をつけてください ・所属先(内勤者のみ) ○ 自宅 ・その他 送付先 〒 _____	
通院・入院期間(見込み)		令和 5年 4月 15日 ~ 令和 5年 4月 22日 (通院 入院) ※ 該当する方に○	

※70歳以上で標準報酬月額が26万円以下の方は、「高齢受給者証」の提示により医療機関の窓口での負担が限度額適用認定の自己負担限度額までとなります。(限度額適用認定証は不要です)

※標準報酬月額が50万円以下で住民税の非課税者等の方については、住民税非課税等の証明を添付して下さい。「標準負担額減額認定証」を発行します。

※申請書が健康保険組合に到着後、認定証のお届けまで約1週間かかります。

ワコール健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

