

様式 1 号

※ 健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	担当者	法定区分決定決議	
				標準報酬月額 (千円)	ア イ ウ エ オ
	起案		年	月	日

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書



デサント健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請いたします。

		①申請日	年	月	日
被保険者	②記号		③番号		
	④氏名				
	⑤生年月日	年	月	日	
	⑥住所	〒 -			
認定証が 必要な方	被保険者ご自身が必要な場合は⑦氏名に「本人」とご記入ください。（⑧生年月日は不要です。）				
	⑦氏名				
	⑧生年月日	年	月	日	
認定証が 必要な期間	⑨ 年 月 ~ 年 8 月				
	※ 限度額認定証の有効期間は、必要月から8月分まで発行します。 ※ 標準報酬月額の見直しのため、9月以降の発行が必要な場合は再度申請してください。 標準報酬月額が確定次第発行いたします。 ※ 長期間使用する場合は、紛失しないように大切に保管ください。				
⑩ 入院等が負傷の場合は、原因を記載してください。（工作中や通勤途中で発生した傷病の場合は対象外です。）					

※ 限度額適用認定証は、ご不要になりましたら健保組合あてに必ずご返却ください。

2024.12改定

また、資格喪失後は使用できません。

【被保険者が市区町村民税非課税者の方】

市区町村長が証明する被保険者の「非課税証明書」を添付ください。

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。

便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。