**健康保険　限度額適用認定 申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

デンカ健康保険組合　理事長　殿

下記の通り「限度額適用認定証」の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記号 ・ 番号 | | | ・ | 適用申請期間  ※ 最長１年間 | | 年　　　月 ～ 　　年　　 月 | | |
| 氏　　 名 | | |  | 生 年 月 日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 事 　業　　所 | | |  | | | | | |
| 適用対象者 | 氏　　　名 | | |  | 生 年 月 日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 被保険者との続柄 | | |  | 受診(予定)日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 被保険者（適用対象者）の住所  〒　　　　　　　－    電話番号　　　　　　　 　（　　　　 　　） | | | | | | | | | |
| 事務処理欄 | | 期限　：　　　　年 　／１ ～　　　年 　 　／ | | | | 標準報酬月額 | | 70歳 | |
| 未　満 | 以　上 |
| 252,600円+（医療費-842,000円）×1％ 〈4月目～：140,100円〉 | | | | 83万円以上 | | ア | Ⅳ |
| 167,400円+（医療費-558,000円）×1％ 〈4月目～：93,000円〉 | | | | 53万円～79万円 | | イ |
| 80,100円+（医療費-267,000円）×1％　〈4月目～：44,400円〉 | | | | 28万円～50万円 | | ウ |
| 57,600円　〈4月目～：44,400円〉 | | | | 26万円以下 | | エ | Ⅲ |
| 住民税非課税 | | | | 低所得者 | | オ | － |
|  | 年金収入80万円～160万円 | | | 低Ⅱ | | － | Ⅱ |
|  | 年金収入80万円以下 | | | 低Ⅰ | | － | Ⅰ |

* 日付および生年月日については、和暦でご記入ください。