**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。