

デンカ健康保険組合			
常務理事	事務長	担	当

記入した日
但し、対象月が前月の場合は、前月の日にち

健康保険 限度額適用認定

年 月 日

デンカ健康保険組合 理事長 殿

対象月から最長1年間交付可能
(例: 2年4月～3年3月)

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	被保険者の氏名	生年月日	年 月 日
	事業所	勤務先の名称をご記入ください		
適用対象者	氏名	対象者の氏名	生年月日	年 月 日
	被保険者との続柄	続柄	受診(予定)日	年 月 日
被保険者(適用対象者)の住所				
〒 _____ 被保険者・適用対象者または郵送希望先の住所と電話番号をご記入ください				
.....				
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。