

【お願い】 この申請書は、対象者毎にご提出ください。

申請先：〒984-0015 宮城県仙台市若林区卸町 2-9-5
仙台卸商健康保険組合 電話：022 (235) 5896

常務理事	事務長	主任	担当者

健康保険 限度額適用認定証交付申請書 (70歳以上 75歳未満)

被保険者証の記号・番号				事業所名称	
被保険者	氏名	Ⓜ			
	生年月日	昭・平	年 月 日生		
対象者 (入院された・する方)	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年 月 日生	性別	男・女
被保険者の住所	〒				
対象者の住所 (被保険者の住所と同じ場合は省略可)	〒				
送付希望先 <input checked="" type="checkbox"/> がない場合には被保険者住所へ送付します。	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所 <input type="checkbox"/> 対象者の住所 <input type="checkbox"/> 勤め先				
備考	高齢受給者証の自己負担額が「3割」と記載されている方はこの申請書により交付された限度額適用認定証を窓口へ提示することにより 70歳以上の方の窓口負担額が下記の自己負担額までになります。				
参考 自己負担限度額 (高額療養費) 医療費とは： 1ヶ月(1日～月末迄) に要する医療費総額	○標準報酬月額が 83 万円以上 252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (多数該当 140,100 円)				
	○標準報酬月額が 53 万～79 万円 167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (多数該当 93,000 円)				
	○標準報酬月額が 28 万～50 万円 80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (多数該当 44,400 円)				

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日
仙台卸商健康保険組合理事長 殿

【 受付年月日 】

上記にて申請した限度額適用認定証を受け取りました。
令和 年 月 日
Ⓜ

(2020.9)