

※この欄は記入しないでください	常務理事	部長	課長	担当	起案	平成	年	月	日	受付印
					決裁	平成	年	月	日(交付)	
					発効日	平成	年	月	日	
					有効期限	平成	年	月	日	
	標準報酬月額				適用区分	ア・イ・ウ・エ				
				千円	新規・継続					

## 健康保険限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所の 所在地	名称		
				所在地		
被保険者	氏名			生年月日	年 月 日	
認定証 交付対象者	氏名			被保険者 との続柄		
(被保険者の場 合は記入不要)	生年月日	(昭和・平成)		性別	男 ・ 女	
		年 月 日				
*療養予定期間			平成 年 月 ~ 平成 年 月			
被保険者(又は交付対象者)の住所 (下記申請欄と同じ場合は記入不要)						
上記のとおり申請いたします。						
平成 年 月 日						
関西文紙情報産業健康保険組合理事長 様						
(〒 - )						
住所 _____						
被保険者 氏名 _____ (印)						

## 【注意事項】

- この『認定証』は、70歳未満の上位所得者・一般所得者の方の保険医療機関、保険薬局等の窓口での負担を軽減するためのものです。70歳以上の現役並み所得者・一般所得者の方は『高齢受給者証』で保険医療機関等の窓口負担が自己負担限度額までとなりますので、この申請書は不要です。また、市町村民税が非課税の低所得者の方がこの負担の軽減を受ける場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。
- この『認定証』は最長で申請月から1年間の範囲が有効期限のため、『療養予定期間』欄には長期に高額な療養を予定する方でも1年の範囲内でご記入いただき、更に高額な療養が継続する場合には、その時点で再度交付申請書をご提出ください。
- 認定証は、特別の申出がない限り、被保険者の住所あて送付しますので、番地等洩れのないよう記入してください。
- 被保険者が自ら署名する場合は、押印は不要です。