1030

限度額適用認定証交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。
注4「（10）現在の標準報酬月額」によって、窓口での自己負担限度額が変更となります。随時改定や定時決定等による標準報酬月額の変更により「自己負担限度額」の変更があった場合、認定証をお持ちの方が医療機関窓口で支払った「自己負担限度額」との差額について、当健康保険組合から被保険者に対し戻入の請求もしくは還付を行なう場合があります。
注5 被保険者の前年度住民税が非課税となる場合等の要件に該当する場合、「1011 限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書」を提出してください。

（1）被保険者証の記号　（2）被保険者証の番号　（3）被保険者氏名　（4）勤務箇所

（5）限度額適用の対象となる方の氏名　（6）対象となる方の続柄　（7）対象となる方の生年月日　（8）対象となる方の性別

5：昭和
7：平成
9：令和

年　月　日

0：男
1：女

（9）証の送付先住所・宛先

住所	〒
宛先	

（10）現在の標準報酬月額

千円

上記のとおり健康保険法施行規則第103条の2の規定に基づき申請いたします。

年　月　日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長　殿

勤務箇所

被保険者　氏　名　㊞ ＊

電　話　－　－

＊ 被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

備考 本申請の提出方法につきましては、「被保険者から直接健康保険組合へ申請」、または「事業主を経由して健康保険組合へ申請」のいずれも可能です。

事業所使用欄	箇所長	㊞	電話	ー	健保担当課	㊞	事業主整理番号	