

健康 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円					常務理事	事務長	係
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ			
	発効年月日	令和	年	月	日				
	有効期限	令和	年	月	日				

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証の記号番号	記号	社員番号					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者 氏名	フリガナ	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 自署の場合は押印省略可 </div>									
		〒										—
被保険者 住所	電話： ()											
適 用 対 象 者 の 現 況	適用対象者 氏名	フリガナ	被保険者 との続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	適用対象者 住所	〒	—	電話： ()								
	通院区分	外来 入院	入院の場合 予定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他 [実家・勤務先]											
	※ 配送は簡易書留 ※ その他を選択された方 〒 — 電話：											
実家の姓名/ 部署名 ()												

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日提出

※「住民税非課税世帯」に該当される方は、非課税証明書の添付が必要となります。

なお、「住民税非課税世帯」とは被保険者本人が非課税の世帯を指します。

受付日付印

【送付先】〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5代々木イースト3階

ベンチャーバンク健康保険組合 宛

ベンチャーバンク健康保険組合