

健康 保 険 記 入 欄	標準報酬月額	千円							
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	常務理事	事務長	係
	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

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、**マイナ保険証をぜひご利用ください。**

※マイナ保険証・・・マイナンバーカードに保険証利用の登録をしたもの

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
		番号													
	被保険者 氏名	フリガナ													
	被保険者 住所	〒													
日中連絡先 ※必ず連絡がつく 番号等を記入	電話	()			E-mail	@									
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	〒													
	通院区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 (調剤含む)													
	療養予定 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日													
限 度 額 認 定 証 送 付 希 望 先 ※配送は 簡易書留	<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]														
	※ 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

【注意事項】

- 申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。
- 限度額適用認定証の交付が必要な月の初日以降の交付となります。
(初日が休日の場合は、翌日)

【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