

# 健康保険組合記入欄

## 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 ○○○○ <small>※任意継続の方は記入不要</small>	生年月日	昭和 平成	年	月	日
		番号 ○○○○				5	3	0607
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 <small>自署の場合は押印省略可</small>						
被保険者住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 代々木イースト○○○号室							
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎	被保険者との続柄 長男	生年月日	昭和 平成	年	月	日
						1	5	0101
	適用対象者住所	〒 ○○○ - ○○○○ 被保険者住所と同じ場合は「同上」と記入してください						
通院区分	外来 入院	入院の場合 予定期間	令和 1 年 5 月 5 日 ~ 令和 1 年 5 月 20 日					
限度額認定証送付希望先	<input checked="" 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 : <b>「その他」の場合は、希望する先の住所・電話番号を記入して下さい          実家を希望し、被保険者の姓と実家の姓が異なる場合は、実家の姓名を記入して下さい</b> 実家の姓名/ 部署名 ( 厚生 光子 様方 健保太郎 )							

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 1 年 5 月 1 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