

健保記入欄	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
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎						
	被保険者住所	〒 ○○○ - ○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 代々木イースト○○○号室						
	日中連絡先 ※必ず連絡がつく 番号等を記入	電話	090 ( 1234 ) 5678	E-mail	abcd @ efg.com			
適用対象者の現況	適用対象者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者との続柄 本人	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	適用対象者住所	〒 - 同上 ※被保険者住所と同じであれば「同上」と記入 電話： ( )						
	通院区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 (調剤含む)						
	療養予定期間	令和 4 年 5 月 5 日 ~ 令和 4 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 ]							
	※ 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 ( 例: 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 4 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

### 【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