

健康 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円			
	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

マイナンバーカードに対応した医療機関等では、限度額適用認定証が無くても限度額を適用することができます。
便利なマイナンバーカードをぜひご利用ください。

以下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

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号			所属及び 部署名								
	個人番号(※) マイナンバー				※記号・番号がわからない場合のみ記入してください										
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ			住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -									
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				電話 ()		E-mail @							
認 定 対 象 者 欄	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						
	適用対象者 住所	〒 -				※被保険者住所と同じであれば「同上」と記入									
	通院区分	☐ 入院 ☐ 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	☐ 被保険者住所 ☐ 認定対象者住所 ☐ 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 ()													

※「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
SUMI グループ健康保険組合 宛