

健康 保 険 組 合 の 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

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 6 年 12 月 1 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	○○○○ ※任意継続の方は 記入不要	所属及び 部署名	人事部
	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 ケンポ タロウ 健保 太郎			住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1-1 電話 090 (1234) 5678 E-mail ○○○@○○○○.○○.○○	
	生年月日	昭和 平成 3 年 6 月 7 日					
認 定 対 象 者 欄	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 030607	
	適用対象者 住所	〒 ー 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	☒ 入院 ☐ 外来(調剤含む)					
	療養予定 期間	令和 6 年 12 月 5 日 ~ 令和 6 年 12 月 10 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]						
	※ 他を選択された方 〒 ー 電話: () 「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、実家の姓を記入して下さい 実家の姓/ 部署名 (例: 厚生光子様方 健保太郎)						

※「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