

常務理事	事務長		

健康保険 限度額適用認定 申請書

被 保 険 者					
記号 番号		氏名		生年 月日	S・H 年 月 日
自宅 住所	〒			携帯 電話	
認定証 送付先 住所	自宅と同じ場合は「同上」と記入してください 〒			送付先 宛名	自宅以外の場合は必ず記入してください
銀行口座（健保組合より給付等が発生したときの受取口座）					
金融機関 コード	：	支店コード	：	普通口座	口座名義（カタカナ） 被保険者口座
	銀行 信金 その他（ ）		本店 支店 出張所 店番	：	

適用対象者（認定証が必要な被保険者または被扶養者について）					
氏名		被保険者 との続柄		生年 月日	S・H・R 年 月 日
必要 期間	医療費が高額になりそうなおおよその期間。最長1年まで。 年 月 日 ~ 年 月 日			傷病 区分	○を付けてください 病気・ケガ・出産

申請代行者（被保険者本人が申請できない場合のみ、ご記入ください）					
氏名		被保険者 との続柄		緊急 連絡先	携帯電話など

【申請方法】

上記に必要事項をご記入の上、当組合へ郵送または FAX で申請してください。

【郵送先】

〒141-0021 東京都品川区上大崎 2-25-2 スターバックスコーヒージャパン健康保険組合

【FAX】

03-5745-5895（番号のお間違いにご注意ください）

【注意事項】

- すでに医療費の精算が済んでいる場合、こちらの申請は不要です。高額療養費が確認でき次第、当組合より還付口座をお伺いする書類をお送りします。
- 申請書の内容について、お電話で確認させていただく場合があります。必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。
- 認定証の送付先に医療機関を指定する場合は、必ず医療機関に許可を得た上で、病棟名や課名など具体的に記入してください。
- 銀行口座は「被保険者」の口座情報をご記入ください。なお、口座名義が社内呼称の口座にはお振込みできません。
- 必要期間が未定の場合は、おおよその期間をご記入ください。最長で1年間までご申請いただけます。
- 非課税世帯の方は、最新の「非課税証明書」を添付して申請してください。

上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合

TEL03-5745-5894

（電話受付対応時間は当組合 HP でご確認ください）

受付印