【限度額適用・標準負担額減額認定証は、以下のいずれかに該当する場合に交付します】

○　医療機関から「限度額適用認定証」の交付を受けるよう言われた（オンライン確認ができない）

○　前年の所得が低く、住民税が非課税となった被保険者

【申請方法】

下記の枠内を記入し、当組合へ FAX または郵送してください。「非課税」申請の場合は、最新の「非課税証明書」を添付して郵送してください。

受付は平日 10～17 時までです（土日祝日・年末年始は休業）。受付から証のお届けまでは最短で 1 週間かかります。

＜FAX＞　03-5745-5895

＜郵送＞　〒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

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

被保険者情報（記号-番号以外は必須項目です。空欄があると交付できませんのでご注意ください）					
マイナンバー	－　－			PTR ID	
記号-番号（空欄可）	―	氏名		生年月日	S ・ H　年　月　日
自宅住所	〒			携帯電話	
証の送付先	〒 （自宅以外への送付を希望の場合は、必ず記入してください）			送付先名称	（自宅以外の場合は記入）

銀行口座（健保組合より給付が発生したときの受取口座。被保険者の口座に限ります）			
金融機関コード	支店コード	普通口座№	口座名義（カタカナ）※社内呼称 NG
銀行 信金 その他(　　)	本店 支店 出張所		

対象者（証の交付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の年月。最長 1 年まで） 年　月　～　年　月			申立て	（✓を付けてください） ☐ 業務中・通勤中や第三者行為によるケガの療養ではありません。

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）

【非課税申請のかたは郵送前に確認してください】

・　最新の「非課税証明書」を添付しましたか？（郵送のみ）　⇒☐ 添付した

・　非課税区分の該当期間は、必要期間に関わらず「7 月末」までです。
　　非課税該当が継続する場合は、毎年 6～7 月に最新の「非課税証明書」をご提出ください。　⇒☐ 理解した

受付印

常務理事	事務長		

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合