

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当
裁				

被保険者情報	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社					
	被保険者証の記号・番号	999	9999	標準報酬月額	150 千円	適用区分	才
	被保険者氏名	健康 保		生年月日	昭・平 56 年 5 月 18 日		
	住所電話番号	〒 101-0047 東京都千代田区内神田1-2-3 内神田マンション101 Tel 0487 (0123) 4567					

交付希望対象者	療養を受ける方 (被保険者本人の場合は記入不要)	健康 育子	被保険者との続柄	妻		
			生年月日	昭・平 57 年 11 月 2 日		
	療養予定期間	平成 30 年 11 月 15 日 ~ 平成 30 年 11 月 25 日 ◎入院予定期間等の認定証を使用する期間をご記入ください。使用予定がない場合原則は交付できません。 ◎申請月の初日より前に遡及した認定証は交付できません。				
	長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	◎長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が課されていない期間の入院期間に限ります。 ◎「該当」の場合は、下記の「長期入院欄」に申請月以前1年間の入院期間をご記入ください。			

長期入院欄 (長期入院該当者のみ記入)	申請を行った月以前1年間の入院日数合計	(日間)				
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間			
	① 入院した 保険医療機関等	(名称)				
		(所在地)				
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間			
	② 入院した 保険医療機関等	(名称)				
		(所在地)				
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間			
	③ 入院した 保険医療機関等	(名称)				
(所在地)						

診療月の属する年度(診療が4月~7月の場合は前年度)の被保険者の市区町村民非課税証明書(原本)を添付してください。ただし、下記に市区町村長の証明を受けた場合は添付の必要はありません。

長 市 証 明 欄 村	当該被保険者(氏名)は平成()年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名	印
----------------------------	--	---

上記のとおり申請いたします。

平成 30 年 11 月 10 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

提出者	事業所所在地	東京都中央区日本橋1-2-3	
	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社	
	事業主氏名	代表取締役社長 三井 一郎 印	
	電話番号	03(1234)5678	

受付日付印
