

(任意継続被保険者専用)

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	900	12345	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	35	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 03 ( 4567 ) 8901						

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			
	療養予定期間	平成 30 年 11 月 15 日 ~ 平成 30 年 11 月 25 日					
	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です。 ◎「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 )					
	① 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)					
	② 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)					
	③ 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。

市区町村民	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 1 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印