

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	事業所名称				
	被保険者証の 記号・番号		標準報酬 月 額	千円	適用 区分
	被保険者氏名		生年月日	昭・平	年 月 日
	住 所 電話番号	〒 () Tel ()			

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)	被保険者 との続柄		
		生年月日	昭・平	年 月 日
	療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 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 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)			
	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。

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 ⑨
--	---

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

提 出 者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

健康保険限度額適用・標準負担減額認定申請書



被保険者情報	事業所名称					
	被保険者証の記号・番号		標準報酬月額	千円	適用区分	才
	被保険者氏名			生年月日	昭・平	年 月 日
	住所電話番号	〒 () Tel ()				

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)	被保険者との続柄				
		生年月日	昭・平	年 月 日		
	療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	<small>◎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。</small>					
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<small>◎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。</small>				

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。

長市区町村民証明欄	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 年 月 日 提出

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

提出者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	