

# 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	発行要否
					要・否

<b>被 保 険 者 情 報</b>	事業所名称					
	被保険者等 記号・番号		標準報酬 月 額		千円	適用 区分
	被保険者氏名	性別	男・女			
		生年月日	昭・平	年	月	日
住民票住所 電話番号	〒 ( ) Tel ( )					

<b>認 定 対 象 者</b>	療養を受ける方 (被保険者本人の 場合は記入不要)	性別	男・女	被保険者 との続柄	
		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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。			

<b>長 期 入 院 欄 ( 長 期 入 院 該 当 者 の み 記 入 )</b>	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)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
		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)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
		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)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
		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。

市長 証 明 欄	当該被保険者(氏名 )は( )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)

◎ マイナ保険証を利用されている方)には、認定証は発行されません。  
 当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 提出 MBK連合健康保険組合 理事長 殿

<b>提 出 者</b>	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付年月日

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							
	被保険者等 記号・番号			標準報酬 月額		千円	適用 区分	才
	被保険者氏名			性別	男・女			
				生年月日	昭・平	年	月	日
住民票住所 電話番号	〒 ( ) TEL ( )							

認定対象者	療養を受ける方 (被保険者本人の 場合は記入不要)		性別	男・女	被保険者 との続柄	
			生年月日	昭・平・令	年	月 日
	療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
		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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
		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)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間			
		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。

市長 区証 町明 村欄	当該被保険者(氏名 )は( )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)

◎ マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。  
当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 提出 MBK連合健康保険組合 理事長

提出者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

受付年月日