

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

被 保 険 者 情 報	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社					
	被保険者等 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		性別	男・女		
				生年月日	昭・平 56 年 5 月 18 日		
住民票住所 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						

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)	健康 育子	性別	男・女	被保険者 との続柄	妻
			生年月日	昭・平・令 57 年 11 月 2 日		
	療養予定期間	令和 6 年 12 月 10 日 ~ 令和 7 年 1 月 20 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)			
	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		
	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)	令和 年 月 日 から 令和 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)	令和 年 月 日 から 令和 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 6 年 12 月 2 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 (省略可)
	電話番号	03(1234)5678

受付年月日	
-------	--