

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 | 性別 | 男・女 | | |
| | | 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) | 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 | |
| | 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) | 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) | | | |
| | 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 | |
| | 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 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) |

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

| |
|-------|
| 受付年月日 |
| |

| | | |
|----------------------|--------|--|
| 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 | 性別 | | 男・女 | | |
| | | 生年月日 | | 昭・平 | 年 | 月 |
| 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) | 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 | |
| | 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) | 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) | | | |
| | 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 | |
| | 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) |
|-------|--|

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

| |
|-------|
| 受付年月日 |
|-------|

| | | |
|-----|--------|--|
| 提出者 | 事業所所在地 | |
| | 事業所名称 | |
| | 事業主氏名 | |
| | 電話番号 | |