

(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	常務理事	マネジャー	リーダー	担当
裁				

被保険者情報	被保険者証の 記号・番号	900	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
	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。

市区町 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

受付日付印

(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	常務理事	マネジャー	リーダー	担当
裁				

被保険者情報	被保険者証の 記号・番号	900	標準報酬 月 額	千円	適用 区分	才
	被保険者氏名		性別	男・女		
	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)	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 区証明 町村欄	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 ⑩
------------------	--

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

受付日付印