## 健康保険限度額適用•標準負担減額認定申請書

									決構	<b>务理事</b>	マネジャー	- リーダ	_	担	当
	事	事業所名称										•			
被保険者情報	被保険者証の 記号 ・番号								票準報酬 額			千円	適用区分		才
	被	保険者氏名							性別		· 女	<i></i>			
	H	 住 所	₸						生年月日	昭	· 平	— ———		月	日
		電話番号							Tei	L	(	)			
		養を受ける方 保険者本人の							性別	男	· 女	被保険を			
交付		保険者本人の 合は記入不要) -						<u>/</u>	生年月日	昭・△	平・令	年		月	日
交付希望対象者	療養予定期間		令和	年	月	<u> </u>	$\sim$			F	月	日			
		₩ 1 VC\\\	◎申請月	定期間等のの初日より前	方に遡及り	した認定証	は交付	寸できる	ません。						-
	長期入院		□ ii □ ji	₹ 当 =該当	ただし	、市区町村」	民税が記	課されて	以前1年間に ていない期間 入院欄」に申	引の入院期	朝間に限り	ます。			
長	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計			(		日	間)								
期入	2	申請を行った。 1年間の入院基		令和	年	月	日	から	令和	年	月	目	まで		日間
院欄		入院した 保険医療機関等		(名称)											
長期入		申請を行った	月以前	(所在地)	年	 月	日	から	 令和	<u></u> 年		 目	まで		日間
		1年間の入院基	朝間(日数)	(名称)				74.5	11 4 H			H	4		H 1H1
該当		保険医療機関	等	(所在地)											
院該当者のみ記入	3	申請を行った。 1年間の入院其		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		日間
		入院した		(名称)											
		保険医療機関													
		<u>する年度(診療</u> :の証明を受けて					の市区	町村日	尺非課税証	明書(原	〔本〕を添	付してくた	<u>::2610.</u> 7	こだし、	下記に
市長区証	当該被保険者(氏名 市区町村長名				)	)は(		)年度	<b>その市区町</b>	村民移	が課され	いないこ	とを証明	月する。	0
町明 村欄												(F)	)		
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															
令和				是出	Mł	3K連合傾	基康保	<b>険組</b> 行	世事長	殿			受付金	<b>平月</b>	Ħ
提出者		業所所在地 業 所 名 称													
		業主氏名													
	示	** ** **													

## 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		オ	
									性別	男 ·	女			•		
	初	<b>支保険者氏名</b>							生年月日	昭•	平	年		月	日	
		住 所	₹							•						
		電話番号							Te	L	(	)				
交付希望対象者	春	養を受ける方							性別	男 •	女	被保険者との続権				
	(1	被保険者本人の合は記入不要)							生年月日	昭・平		との統督		月	日	
	<b>,</b> ⊨	B 禁 之 世 即 即 即	令和	年	月	日	$\sim$	令	和	<del></del> 手	月	日				
	"	接養予定期間	<ul><li>◎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。</li><li>◎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。</li></ul>													
	Г	長期入院	□該		◎長期入	院とは、申	請を行	· った月	以前1年間に ていない期間				ていること	上です	0	
		以 <b>对</b> 八忱	口非	該当	◎「該当」	の場合は、	下記の	が長期	八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八八	請月以前	1年間の	入院期間を	どご記入く	ださい	<b>)</b> °	
長期入院欄		申請を行った月以 年間の入院日数		(		F	目間)									
	Г	申請を行った	を行った月以前間の入院期間(日数)		年	月	目	から	令和	年	月	日	まで		日間	
	1	八院しに					_									
		保険医療機関等		(所在地)												
(長期入院該当者のみ記入		申請を行った。1年間の入院類		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		日間	
	2	八院しに		(名称)												
		保険医療機関		(所在地)												
		申請を行った。1年間の入院類		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		日間	
	3	八院しに		(名称)												
<del> </del>		保険医療機関	等	(所在地)												
<u>診療</u> 市区町	月の原 町村:	属する年度(診療 長の証明を受ける	でが4月~7月 た場合は添付	<u>の場合は前</u> ↑の必要はあ	年度)の複 かりません。	波保険者。	の市区	[町村	民非課税証	明書(原	本)を添	付してくた	<u>:さい。</u> た	だし、	下記に	
市長	<u> </u>	当該被保険者(				<u>.</u> は(		)年	度の市区町	「村民税	が課さ	れないこ	とを証明	する	0	
区証 町明 村欄		市区町村	長名									(FI)				
	上	記のとおり申請	<b>手いたします</b> 。	)												
令		年月		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														