

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	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社					
	被保険者証の記号・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						

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)	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 3年 6月 15日 ~ 令和 3年 6月 25日				
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	<small>◎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。</small>				

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 3年 6月 12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	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)
	電話番号	03(1234)5678

受付年月日
