

三菱重工健康保険組合 理事長 殿

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者の記号・番号		記号		番号	
被保険者	氏名			事業所名称	
	生年月日	年	月	日	連絡先(TEL)
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	年	月	日	性別
認定証の送付先		〒 ー			

長期入院		該当 ・ 非該当			
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい				入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から			日間
		令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から			日間
		令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から			日間
		令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から			日間
		令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から			日間
		令和 年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称		
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

＜注意事項＞

- ① 被保険者の非課税証明書を添付してください。
- ② 長期入院の該当とは、標準負担額減額申請を行った月以前の12ヶ月以内の入院日数（減額対象者としての入院日数に限る）が90日を超える者をいう。

組合記入欄	年 月 日 発行	常務理事	事務長	担当	健保受付