

## 記入見本

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

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	1	番号	999999	
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所名称	〇〇〇〇株式会社
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日		連絡先(TEL)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日		性別	男・ <u>女</u>
認定証の送付先	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1				

認定証の発行対象者をご記入願います

ご記入いただいた住所に認定証を送付します

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 ( 95 日間)
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 3年 12月 1日から 令和 3年 12月 5日から	5日間
	入院をした保険医療機関等	名称 〇〇〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 4年 1月 1日から 令和 4年 3月 31日まで	90日間
	入院をした保険医療機関等	名称 △△△△病院 所在地 △△県△△市△△町2-2-2	
③	申請日の前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 令和 年 月 日まで	日間
	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 令和 年 月 日まで	日間
	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〉

- 被保険者の非課税証明書を添付してください。
- 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