

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

◎申請前に必ずご確認ください◎

こちらはマイナ保険証を保有されていない方向けの申請書となります。

マイナ保険証をご利用されると、標準負担額減額認定証の事前申請は不要となります。

(医療機関への標準負担額減額証の窓口持参も不要となります。)

利便性の高いマイナ保険証の利用を是非ご検討ください。

認定証の発行対象者 をご記入願います。	記号	1	番号	999999
	健保 太郎		事業所 名称	〇〇〇〇株式会社
適用対象者	氏名	健保 花子	連絡先(TEL)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日	被保険者との続柄	妻
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			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	5日間	
		令和 3年 12月 5日から		
入院をした保険医療機関等	名称	□□□□病院		
	所在地	□□県□□市□□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	90日間	
		令和 4年 3月 31日まで		
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	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〉

- 被保険者の非課税証明書(原本)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