

平成 年 月 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 |   | 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<br>男・女 |
| 認定証の送付先    |      | 〒  |   |    |           |

| 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) | 平成     | 年 | 月 | 日から         |
|                              |                   | 平成     | 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) | 平成     | 年 | 月 | 日から         |
|                              |                   | 平成     | 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) | 平成     | 年 | 月 | 日から         |
|                              |                   | 平成     | 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) | 平成     | 年 | 月 | 日から         |
|                              |                   | 平成     | 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) | 平成     | 年 | 月 | 日から         |
|                              |                   | 平成     | 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。

|       |            |      |     |   |
|-------|------------|------|-----|---|
| 組合記入欄 | H 年 月 日 発行 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|       |            |      |     |   |

## 〈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。