

三菱重工健康保険組合 理事長殿

記入見本

平成 年 月 日

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

ご捺印願います

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

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	S35年	1月	1日	連絡先(TEL)
適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻
	生年月日	S40年	4月	1日	性別
認定証の送付先		〒999-9999 東京都世田谷区駒沢9-9-9			

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 (45 日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 19年 4月 1日から 平成 19年 4月 30日まで	30日間
	入院をした保険医療機関等	名称: 〇〇〇〇〇 所在地: 〇〇〇〇〇	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 19年 5月 1日から 平成 19年 5月 15日まで	15日間
	入院をした保険医療機関等	名称: 〇〇〇〇〇 所在地: 〇〇〇〇〇	
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	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)	平成 年 月 日から 平成 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)	平成 年 月 日から 平成 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。

組合記入欄	H 年 月 日 発行	常務理事	事務長	係

<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。