

NO.


三菱UFJニコス健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

以下のとおり健康保険限度額適用・標準負担額の減額認定を申請します。 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	事業所名	連絡先電話番号	内線 外線
	所属		
自宅住所	〒 - -	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL - -		

認 定 対 象 者 欄	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	療養を受ける 方の氏名		
	療養予定期間	令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
	療養する方は、長期入院しましたか。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を 越えて入院されていることです。ただし、市区町村民税が 課されていない期間の入院期間に限ります。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  「はい」と答えた場合、別紙「長期入院欄」に申請を 行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。

- ・マイナ保険証を利用されている方(資格確認書をお持ちでない方)には、認定証は発行されません。当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に減額認定の情報が反映されます。
- ・資格確認書をお持ちの方には認定証を発行します。認定証は原則として被保険者情報に記入した所属先又は自宅住所へ送付しますが、別の住所へ送付を希望する場合は、以下に送付先をご記入ください。

住 所	〒 - -	都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL - -	
宛 名		

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注1:被保険者の「非課税証明書」の添付が必要となります。4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月～翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を添付してください。

注2:外傷(骨折・捻挫等)で入院の方は『負傷原因届』もあわせて提出してください。

※ 健康保険組合使用欄

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	標準報酬月額		, 000
有効期限	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
90日を越えた日	令和 年 月 日			
証交付年月日	令和 年 月 日	回収日	令和 年 月 日	
備 考				

認定証回収 検印		
常務理事	事務長	担当者

【給11】20241202

別紙

※保険医療機関等の領収書等、入院期間の確認できる書類を添付してください。

長期入院欄		申請日以前の1年間の入院日数合計	日間			
	①	申請日以前の1年間の入院期間(日数)	平成令和	年	月	日から
			平成令和	年	月	日から
		入院をした保険医療機関等	名称			
			所在地			
	②	申請日以前の1年間の入院期間(日数)	平成令和	年	月	日から
			平成令和	年	月	日から
		入院をした保険医療機関等	名称			
			所在地			
	③	申請日以前の1年間の入院期間(日数)	平成令和	年	月	日から
			平成令和	年	月	日から
		入院をした保険医療機関等	名称			
			所在地			
	④	申請日以前の1年間の入院期間(日数)	平成令和	年	月	日から
			平成令和	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日以前の1年間の入院期間(日数)	平成令和	年	月	日から	
		平成令和	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

注1:被保険者の「非課税証明書」の添付が必要となります。4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月～翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を添付してください。

注2:外傷(骨折・捻挫等)で入院の方は『負傷原因届』もあわせて提出してください。