

三菱UFJニコス健康保険組合御中

No.		
常務理事	事務長	担当者

平成 年度 健康保険標準負担額減額申請書

《 申請者 》

記号・番号		被保険者氏名	
事業所名			
所 属		連絡先	内線
		電話番号	外線
住 所	TEL 自宅・携帯		

《 減額対象者 》

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	続 柄	

《 治療を受けた医療機関 》

名 称			
住 所	TEL		
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
長期入院 (申請日以前の1年間で90日以上入院)	該当 ・ 非該当		

上記の通り 平成 年度の非課税証明書(原本)を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ (印)

* 健康保険組合使用欄

非課税証明添付	平成 年度 非課税証明	長期入院	該当 ・ 非該当
90日を越えた日	平成 年 月 日		
備 考			