

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	健保 太郎		
事業所名	三菱UFJニコス株式会社				
所 属	×××部×××グループ	連絡先	内線 ×××-××××		
		電話番号	外線 ×××-××××-××××		
住 所	〒××××-×××× ××市××区××町1-2-3 TEL 自宅・携帯 ×××-××××-××××				

《 減額対象者 》

氏 名	健保 花子		性 別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	
生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	続 柄	長女		

《 治療を受けた医療機関 》

名 称	〇〇〇総合病院				
住 所	〒×××-×××× ××市××区××町9-10 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 健保 太郎 (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					