NO.

常務理事	事務長	担当者

三菱UFJニコス健康保険組合　御中

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	健康保険証の記号・番号	記　号	番　号	
	フリガナ 氏　名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日生
	事業所名		連絡先電話番号	内線
	所　属			外線
	住　所	〒 TEL　自宅・携帯		
適用対象者	フリガナ 氏　名		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日生
	治療を受ける医療機関名			
	入院開始予定日	令和　年　月　日	退院予定日	令和　年　月　日
	長期入院 ※申請日以前の1年間で90日を越えて入院	該当・非該当	⇨	該当の方は別紙に申請日以前1年間の入院期間　をご記入ください。

上記のとおり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。令和　　年　　月　　日

・被保険者証の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

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。

<table>
<tr><td rowspan="15">長期入院欄</td><td></td><td>申請日以前の1年間の入院日数合計</td><td colspan="3">日間</td></tr>
<tr><td rowspan="3">①</td><td rowspan="2">申請日以前の1年間の入院期間（日数）</td><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td><td rowspan="2">日間</td></tr>
<tr><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td></tr>
<tr><td>入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td></tr>
<tr><td></td><td>所在地</td></tr>
<tr><td rowspan="3">②</td><td rowspan="2">申請日以前の1年間の入院期間（日数）</td><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td><td rowspan="2">日間</td></tr>
<tr><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td></tr>
<tr><td>入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td></tr>
<tr><td></td><td>所在地</td></tr>
<tr><td rowspan="3">③</td><td rowspan="2">申請日以前の1年間の入院期間（日数）</td><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td><td rowspan="2">日間</td></tr>
<tr><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td></tr>
<tr><td>入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td></tr>
<tr><td></td><td>所在地</td></tr>
<tr><td rowspan="3">④</td><td rowspan="2">申請日以前の1年間の入院期間（日数）</td><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td><td rowspan="2">日間</td></tr>
<tr><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td></tr>
<tr><td>入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td></tr>
<tr><td></td><td>所在地</td></tr>
<tr><td rowspan="3">⑤</td><td rowspan="2">申請日以前の1年間の入院期間（日数）</td><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td><td rowspan="2">日間</td></tr>
<tr><td>平成
令和　　年　　月　　日から</td></tr>
<tr><td>入院をした保険医療機関等</td><td>名　称</td></tr>
<tr><td></td><td>所在地</td></tr>
</table>