

■提出先：MMC本社 村田製作所健康保険組合(MK8400)

村田製作所健康保険組合	
事務長	受付

村田製作所健康保険組合 理事長殿

※医療機関・薬局でマイナ保険証を提示し、ご本人の情報提供に同意する場合、限度額適用認定証の提示は不要です。

健康保険 限度額適用認定申請書

兼 食事療養標準負担額減額申請書

被 保 険 者 欄	記号-番号	氏名コード	氏名 <small>(フリガナ)</small>	生年月日	
	—			1.昭和 2.平成 年 月 日	
	事業所名	所属コード	☎日中連絡可能な番号		
認 定 対 象 者 欄	対象者の氏名		続柄	生年月日	使用開始日
				1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	令和 年 月 日
	医療費助成制度 (いずれかに✓)		用途(いずれかに✓)		『認定証』の有効期限は 7月末日までとなります ※使用開始日の1か月前から受付 ※7月と8月にまたがる場合、申請書が2枚必要
	<input type="checkbox"/> 国や地方自治体から、医療費助成を <input type="checkbox"/> 受けている → 『医療証(表・裏)』のコピーを添付して下さい <input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 両方		
	原因 (いずれかに✓)		ケガが原因の場合にご記入ください		
<input type="checkbox"/> ケガが原因 → <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因		いつ どこで 何をしていた どのようなケガをした	令和 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> その他()		
送 付 先	限度額適用認定証はCWS登録住所へ郵送します。 CWS登録住所以外への送付を希望される場合は、送付先住所を↓に記入してください。 〒				

※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。(押印必須。シャチハタ・日付印不可)

申 請 代 行 者 欄	代行者の氏名 <small>(フリガナ)</small>	被保険者との関係	申請代行の理由 (いずれかに✓)
			<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他
	☎日中連絡可能な番号		※お問合せの際に利用します

※以下は被保険者の当年度(この書類を提出するのが4月~7月の場合は前年度)の住民税が非課税の場合にご記入下さい。【注】必ず「非課税証明書(原本)」を添付してください

認定証が必要な方は、長期入院(※)に該当していますか ※申請以前12か月間にすでに90日間以上入院していること	はい・いいえ ↓ はいの場合以下も記入
① 申請前1年間の入院期間・日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
入院をした医療機関等	名称 所在地
② 申請前1年間の入院期間・日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
入院をした医療機関等	名称 所在地
③ 申請前1年間の入院期間・日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
入院をした医療機関等	名称 所在地

健保使用欄

交付年月日	令和 年 月 日
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 7月 31日
適用区分	アイウエオ

受付日付印

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。