

村田製作所健康保険組合			
常務理事	事務長	確認	受付

村田製作所健康保険組合 理事長殿

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	保険証の記号一番号	氏名コード	氏名 <small>※自署の場合、捺印不要</small>	生年月日
	—		(フリガナ)	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	

※お問合せの際に利用します

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✓)	

国や地方自治体から、医療費助成を
 受けている → 『医療証(表・裏)』のコピーを添付して下さい
 受けていない

入院
 外来
 両方

『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

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 →	いつ	令和 年 月 日 (曜日)
<input type="checkbox"/> ケガ以外が原因	どこで	<input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input type="checkbox"/> その他()
	何をしていた どのようなケガをした	

送 付 先	原則:社内メール便		郵送を希望する場合(社内メール便の無い事業所の方・任継者含む)	
	原則:被保険者の所属部署宛に送付 他の宛先を希望の場合は、↓以下に記入してください			
	事業所コード	所属コード	宛名	被保険者との関係

下記条件を満たす封筒をご用意ください(クリップで添付)
 ⇒健保組合から普通郵便で送付します
 <<必須>>送付先の住所・宛名が正しく記載されている
 <<任意>>速達等希望の場合:必要な額面の切手を貼付
 <<推奨封筒サイズ>>長3...長4封筒(短辺が9.5cm未満)の場合は、
 認定証を折り曲げて送付することになります

※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	被保険者との関係	申請代行の理由 (いずれかに✓)
	(フリガナ)		<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 <small>※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</small>	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