

村田製作所健康保険組合	
常務理事	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－番号	氏名コード	氏名 <small>(フリガナ)</small>	生年月日 1.昭和 年 月 日 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 1.昭和 年 月 日 2.平成 年 月 日 3.令和 年 月 日	使用開始日 令和 年 月 日
	医療費助成制度 (いずれかに✓)		用途(いずれかに✓)	
	<input type="checkbox"/> 国や地方自治体から、医療費助成を受けている <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	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)	
	<b>原則:被保険者の所属部署宛に送付</b> 他の宛先を希望の場合は、↓以下に記入してください		下記条件を満たす封筒をご用意ください(クリップ留め) ⇒健保組合から普通郵便で送付します	
	事業所コード	所属コード	宛名	被保険者との関係

『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

※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✓)
	☎日中連絡可能な番号		<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
	※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