

■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			
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

ご自身の保険証で
確認できます。

保険 限度額適用認定申請書 食事療養標準負担額減額申請書

シャチハタ可
自署の場合は捺印不要

被保険者欄	保険証の記号—番号	氏名コード	氏名	生年月日
	19—11111	KA11111	(フリガナ) ムラタ タロウ 村田 太郎	59年 10月 10日
	事業所名	所属コード	事業所が複数ある会社は、会社コードと事業所名を記入 (MMC八日市 EKO長岡 FMC武生 TMM郡山 など)	
	KMM能美	KA〇〇		

認定対象者欄	対象者の氏名	続柄	生年月日	使用開始日
	村田 太郎	本人	59年 10月 10日	令和 1年 6月 1日
	医療費助成制度 (いずれかに✓)		用途(いずれか)	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 両方	

原因	原因 (いずれかに✓)	ケガが原因の場合にご記入ください		
	<input checked="" type="checkbox"/> ケガが原因	いつどこで	平成 令和 31年 2月 1日 (金曜日)	
	<input type="checkbox"/> ケガ以外が原因	何をしていた どのようなケガをした	車を運転中、右折の際に直進の車と衝突。全身打撲・骨折等の重傷。	

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)
	郵送を希望する場合は、住所・宛名が正しく記載された封筒をご用意の上、クリップで添付してください。封筒の添付が無い場合は、社内便での送付となります。	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 <input checked="" type="checkbox"/> <必須> 送付先の住所・宛名が正しく記載されている <input type="checkbox"/> <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) ムラタ ハナコ 村田 花子	妻	<input checked="" 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		
	090-0000-0000		

※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	平成 31年 2月 1日から 平成 31年 2月 10日まで 10日間
入院をした医療機関等	名称 ○〇大学付属病院 所在地 ○〇県△△市1-1-1
② 申請前1年間の入院期間・日数	平成 31年 2月 11日から 年 月 日まで 現在入院中 日間
入院をした医療機関等	名称 △△病院 所在地 ■■県▲▲市2-2-2
③ 申請前1年間の入院期間・日数	平成 年 月 日から 平成 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

被保険者本人の住民税が
非課税の場合に記入