

■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	保険証の記号一番号	氏名コード	氏名	※自署の場合、捺印不要	生年月日
	19-11111	KA11111	(フリガナ) ムラタ タロウ 村田 太郎		1.昭和 2.平成 59年 10月 10日
	事業所名	所属コード	※平日由連絡可能な承認		
	KMM能美	KA〇〇	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)		

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	1.昭和 2.平成 59年 10月 10日 3.令和	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	
	『医療証(表・裏)』のコピーを添付して下さい		自治体から医療費助成を受けている場合は、『医療証(表・裏)』のコピーの添付が必須	

事 由 欄	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"/> 通勤途中・会社内 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (〇〇交差点)	
	<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		※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	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 〇〇大学付属病院 所在地 〇〇県△△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