

申請書はPDF・FAXで受付可能ですが、所属部署宛のお届けとなります  
郵送をご希望の場合は、紙でご提出ください(返送用封筒の添付必須)

村田製作所健康保険組合	
常務理事	受付

ご自身の保険証で  
確認できます。

## 健康保険 限度額適用認定申請書

兼

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)

被 保 険 者 欄	保険証の記号一番号	氏名コード	氏名		生年月日
	19-11111	KA11111	村田 太郎	59年 10月 10日	1.昭和 2.平成
認 定 対 象 者 欄	事業所名	所属コード	続柄	生年月日	使用開始日
	KMM能美	KA〇〇	本人	59年 10月 10日	令和 4年 8月 1日
送 付 先	医療費助成制度(いずれかに✓)		用途(いずれかに✓)		
	<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		
送 付 先	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		令和 3年 2月 5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 ) 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。		

①初回申請時・・・入院日等の使用開始日  
②7月31日有効期限切れ後に引き続き使用・・・8月1日  
※入院が7月と8月にまたがる場合 ①②の申請書が2枚必要

『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

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

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(クリップ留め)  
⇒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✓)
	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
① 申請前1年間の入院期間・日数	令和 3年 2月 5日から 令和 3年 2月 10日まで 6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	令和 3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	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

被保険者本人の住民税が  
非課税の場合に記入