

# 健康保険 限度額適用・食事療養標準負担額減額申請書

★被保険者が非課税の方用の申請書です。

★非課税証明書を添付の上ご提出ください。

申請日：令和A年8月1日から令和(A+1)年7月31日⇒令和A年度非課税証明書を提出してください。

令和A年度非課税証明書とは、令和(A-1)年1月1日から令和(A-1)年12月31日の

提出日

勤務先に送付する際の必要な情報です。  
詳細に記入ください。

記号	番号	被保険者氏名	所属			
9999	1234567	健保 太郎	三菱ケミカル(株) 〇〇事業所 〇〇部 〇〇課			
対象者	<input type="checkbox"/> 被 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	続柄	生年月日	昭 平 令	年 月 日
		健保 花子	妻	55	3	3
送付先希望	<input type="checkbox"/> ① 勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> ②その他送付先（自宅・家族住所・病院等）				
希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>	〒 100 - 1234 ②の場合の送付先 ※簡易書留郵便での発送となります。 東京都中央区 1-2-3 パレスハイツ101 健保 太郎 様 宛					
長	90日を超える入院があった場合は該当へ医療機関等の情報を記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当		

※該当の場合は以下ご記載ください。

申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から	日間
	令和 年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から	日間
	令和 年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	
申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日 から	日間
	令和 年 月 日 まで	
入院をした保険医療機関等	名称	
	所在地	

※注意：被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。  
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

マイナンバーの記入は不要です

【提出先】

記号 1000・1001・8173の方  
記号 820の方

三菱ケミカル健康保険組合

【社内便】パレスビル12階 三菱ケミカル健康保険組合

【郵送】〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル 三菱ケミカル健康保険組合

記号が上記以外の方・・・各事業所の健保担当

受付日付印

事業所	担当者

健保組合	担当者