

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	氏名	健保 花子	続柄	妻	生	<input checked="" type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者					年	<input type="checkbox"/> 平			
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	〒 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		<input type="checkbox"/> 該 当		<input checked="" type="checkbox"/> 非 該 当					
	医療機関等の情報を記入ください。									

※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