

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
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日の収入

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				55
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 checked="" type="checkbox"/> 医療機関等の情報を記入ください。			<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	令和 年 月 日 まで	日間
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	令和 年 月 日 まで	日間
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	令和 年 月 日 まで	日間
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