

健康保険食事療養標準負担額減額申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

健 保 欄	常務理事	事務長	部長	担当

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 記号・番号	記号	番号
事業所名 または銀行名・部室店名		
被保険者氏名 生年月日	(生年月日 / 昭・平 年 月 日生)	
減額対象者氏名 生年月日	(生年月日 / 昭・平 年 月 日生)	続柄
減額対象者 住所	(〒 —)	長期入院 該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 (印)	

・「記号・番号による申請」に代えて「個人番号による申請」もできます。この場合「運転免許証」「パスポート」等の
身元確認資料の提出が必要となります(「記号・番号による申請」の場合は身元確認資料は不要です)。

[個人番号記入欄]

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3
 【行内メール】 東日本(7872-50)

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛
 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

健 保 記 入 欄	受付日	決定日	交付日	事業所コード