

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 0000	番号 00000000
事業所名 または銀行名・部室店名	○○○○○・○○○○	
被保険者氏名 生年月日	健保太郎 (生年月日 / 昭・平 ○○年 4月 1日生)	
減額対象者氏名 生年月日	健保太郎 (生年月日 / 昭・平 ○○年 4月 1日生)	続柄 本人
減額対象者 住所	(〒 ○○○ - ○○○○) ○○県 ○○市 ○○町 1-2-3 ○○マンション405	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 ○○日間 平・令 ○○年 ○○月 ○○日まで
	入院をした保険医療機関等	名称: ○○○○総合病院 所在地: ○○県○○市○○町3-45
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から 日間 平・令 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称: 所在地:
③	非課税証明書(原本)をご提出ください(その場合、本欄は記入不要) 非課税証明書が提出できない場合は、 本欄を申請者がお住いの市区町村で記入・証明してもらうこと	
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