

■提出先：MMC本社 村田製作所健康保険組合(MK8400)

| | |
|-------------|----|
| 村田製作所健康保険組合 | |
| 事務長 | 受付 |

申請書はPDFで受付可能です。送付先は自宅住所となります。
別の住所へ郵送をご希望の場合は、『送付先』に希望送付先を記入してください。

ご自身の保険証で
確認できます。

健康保険 限度額適用認定申請書

兼 1 事業所が複数ある会社は、会社コードと事業所名を記入
(MMC八日市 EKO長岡 FMC武生 TMM郡山 など)

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|---------------------------------|--------------------------|
| 被 保 険 者 欄 | 記号一番号 | 氏名コード | (フリガナ) ムラタ タロウ 村田 太郎 | | 1.昭和 2.平成 59年 10月 10日 |
| | 19-11111 | KA11111 | | | |
| 認 定 対 象 者 欄 | 事業所名 | 所属コード | ①初回申請時・・・入院日等の使用開始日 ②7月31日有効期限切れ後に引き続き使用・・・8月1日 ※入院が7月と8月にまたがる場合 ①②の申請書が2枚必要 | | |
| | KMM能美 | KA〇〇 | | | |
| 認 定 対 象 者 欄 | 対象者の氏名 | 続柄 | 生年月日 | 使用開始日 | |
| | 村田 太郎 | 本人 | 1.昭和 2.平成 3.令和 59年 10月 10日 | 令和 4年 8月 1日 | |
| 認 定 対 象 者 欄 | 自治体から医療費助成を受けている場合は、『医療証(表・裏)』のコピーの添付が必須 | 用途(いずれかに✓) | 『認定証』の有効期限は7月末日までとなります ※使用開始日の1か月前から受付 ※7月と8月にまたがる場合、申請書が2枚必要 | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 両方 | | | |
| 認 定 対 象 者 欄 | 原因(いずれかに✓) | ケガが原因の場合にご記入ください | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ケガが原因 <input type="checkbox"/> ケガ以外が原因 | いつ どこで 何をしていた どのようなケガをした | 令和 3年 2月 5日 (金曜日) <input type="checkbox"/> 通勤途中・会社内 <input checked="" type="checkbox"/> その他(〇〇交差点) | 車を運転中、右折の際に直進の車と衝突。全身打撲・骨折等の重傷。 | |
| 送 付 先 | 限度額適用認定証はCWS登録住所へ郵送します。 CWS登録住所以外への送付を希望される場合は、送付先住所を↓に記入してください。 〒 | | | | |

※被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。(押印必須。シャチハタ・日付印不可)

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|---------------|---|
| 申 請 代 行 者 欄 | 代行者の氏名 | 被保険者との関係 | 申請代行の理由(いずれかに✓) |
| | (フリガナ) ムラタ ハナコ 村田 花子 (村田) | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため <input type="checkbox"/> その他 |
| 日中連絡可能な番号 | | | |
| 090-0000-0000 | | ※お問合せの際に利用します | |

※以下は被保険者の当年度(この書類を提出するのが4月~7月の場合は前年度)の住民税が非課税の場合にご記入下さい。【注】必ず「非課税証明書(原本)」を添付してください

| | |
|--|----------------------------------|
| 認定証が必要な方は、長期入院(※)に該当していますか ※申請以前12か月間にすでに90日間以上入院していること | はい・いいえ ↓ はいの場合以下も記入 |
| ① 申請前1年間の入院期間・日数 | 令和 3年 2月 5日から 令和 3年 2月 10日まで 6日間 |
| 入院をした医療機関等 | 名称 〇〇大学付属病院 所在地 〇〇県△△市1-1-1 |
| ② 申請前1年間の入院期間・日数 | 令和 3年 2月 11日から 年 月 日まで 現在入院中日間 |
| 入院をした医療機関等 | 名称 △△病院 所在地 ■■県▲▲市2-2-2 |
| ③ 申請前1年間の入院期間・日数 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |
| 入院をした医療機関等 | 名称 所在地 |

健保使用欄

| | |
|-------|-------------|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 発効年月日 | 令和 年 月 日 |
| 有効期限 | 令和 年 7月 31日 |
| 適用区分 | アイウエオ |

被保険者本人の住民税が
非課税の場合に記入

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。