

国民健康保険 「限度額適用認定証」申請書
 「限度額適用・標準負担額減額認定証」

判定※事務局記入欄	受付日	
	交付日	
	担当印	

被保険者証記号番号	群歯 — (枝番)	
個人番号 (マイナンバー)		
認定を受けようとする対象被保険者	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 男・女
	組合員との続柄	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)	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
②	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
③	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
④	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
⑤	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

組合員とその世帯に属する被保険者が、住民税非課税世帯の場合は次の証明が必要です。

市町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の組合員及びその世帯に属する被保険者に <u>令和 年度</u> の市町村民税が課税されないことを証明する。 _____ _____
	市町村長名 ㊟

※証明手数料が350円ほどかかります。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所 _____
 組合員 氏名 _____