

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

組合員が記入する欄	被保険者証記号番号										
	対象者氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日					
		対象者の個人番号									
	申請区分	該当区分に○を付けてください。再交付の場合は理由を記入してください。 新規・更新・再交付（再交付理由：_____）									
長期入院	該当・非該当										

※非課税世帯(所得区分才又は低所得Ⅱ)の方で、長期入院に該当する方は下の欄も記入してください。
 なお、この場合は入院期間を証明する書類(領収書のコピー等)が必要です。

組合員記入欄 (長期入院該当の場合)	申請日の前1年間の入院期間				入院をした保険医療機関等						
	①	年	月	日から	(日間)	名 称					
		年	月	日まで		所在地					
	②	年	月	日から	(日間)	名 称					
		年	月	日まで		所在地					
	③	年	月	日から	(日間)	名 称					
年		月	日まで	所在地							

市区町村長記入欄	<p>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世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。</p> <p>_____</p> <p>市区町村長名 _____ 印</p>
----------	--

組合員が記入する欄	上記のとおり申請します。	令和 年 月 日	支部確認欄
		(〒 -)	
	住所 _____		
	組合員 氏名 _____ 印	個人番号(組合員) _____	
	※自署の場合は押印省略可	電話(日中連絡先) _____	
	建設連合国民健康保険組合殿		

本部決裁欄	区分	[ア]	[イ]	[ウ]	[エ]	[オ]	[現並Ⅱ]	[現並Ⅰ]	[低Ⅱ]	[低Ⅰ]	長期	該当	非該当
	※右のとおり認定してよろしいか						認定	却下	認定年月日	令和 年 月 日			



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

