

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 | 負傷(ケガ)の有無 | 有・無 | ※有の場合は負傷原因報告書(様式第20号)を提出してください。 | | | | | | | |

※非課税世帯(所得区分オ又は低所得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 | | | |

本部
受付印

| | | | | |
|------|-------|----|-----|-----|
| 事務局長 | 事務局次長 | 課長 | 担当者 | 支部長 |
| | | | | |

支部
受付印