

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定証申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号	建設	番号	1	1	2	3	4	5	6				
組合員	住所	埼玉県さいたま市北区宮原町4-144-1												
	氏名	建設太郎					印	生年月日	昭和40年2月1日					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	建設太郎					生年月日	昭和40年2月1日						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	男・女
	組合員との続柄	本人		長期入院	該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当									
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年		月		日から		日間					
	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)		年		月		日から		日間					
	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)		年		月		日から		日間					
	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)		年		月		日から		日間					
	入院をした保険医療機関等		名称		所在地									

○長期入院(90日以上)に該当する場合は、入院期間の記載のある領収書 又は、病院が証明した入院期間証明書を添付して下さい。

本人確認欄	来所者(○で囲む)	来所者氏名	代理権確認	番号確認	身元確認
	本人		<input checked="" type="checkbox"/>	○個人番号カード ○通知カード ○住民票	○個人番号カード ○運転免許証 ○その他 ( )
	代理人(関係) ( )		<input type="checkbox"/> 委任状		

○…提示確認(郵送受付時は写し提出) □…提出 ※確認資料にレ点チェック

地本記入欄	傷病の理由	修正申告の有無	送付先	地本取扱者印	国保受付印
	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 地本		
	<input type="checkbox"/> 私傷病	( 年 月修正)	<input type="checkbox"/> その他(余白に記入)		

※該当する項目にレ点チェック