

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				
組合員	住所						
	氏名	⑩			生年月日	年	月 日
	個人番号						男・女
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	年	月 日
	個人番号						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)		年 月 日から		日間		
			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)		年 月 日から		日間		
			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)		年 月 日から		日間		
			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)		年 月 日から		日間		
			年 月 日まで				
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			○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) ()		□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
	□ 第三者行為	□ なし	□ 自宅		
	□ 労災	□ あり	□ 地本		
	□ 私傷病	(年 月修正)	□ その他(余白に記入)		

※該当する項目にレ点チェック