

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									
	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。									
長期入院	該当・非該当	再交付申請の場合	該当する理由に○をしてください。(項番3に該当する場合は、理由を詳しく記入してください。) 1.紛失 2.破損、汚れ 3.その他()								

※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	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。 _____ 市区町村長名 _____ 印
----------	---

組合員が記入する欄	上記のとおり申請します。	支部確認欄 <input type="checkbox"/>
	令和 年 月 日 (〒 -)	
	住所 _____	
	組合員 氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印省略可 個人番号(組合員) _____ 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