様式第４４号

国民健康保険 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

※個人番号（マイナンバーのことです。）は、マイナンバーカード・通知カード等を見ながら12ケタの数字を記入してください。

組合員が記入する欄					
被保険者記号・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 年　月　日まで　(　日間)	名称	
		所在地	
②	年　月　日から 年　月　日まで　(　日間)	名称	
		所在地	
③	年　月　日から 年　月　日まで　(　日間)	名称	
		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。

令和　年　月　日

（〒　－　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※自署の場合は押印省略可

支部確認欄

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				

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

本部受付印

支部受付印

本部控