

# 記入例

## 限度額適用認定証の交付を受ける場合

様式第44号

### 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	1799999	
	対象者氏名	建設 太郎	
	生年月日	昭 <u>平</u> 令 〇〇 年 ×× 月 △△ 日	対象者の個人番号 △ × ○ × □ ○ × □ □ ○ △ ○
	負傷(ケガ)の有無	有 <u>無</u>	※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 <u>非該当</u>	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	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
----	---------------	--------------

・申請できる方は、2ページ目の参考欄の所得区分に該当する区分の方です。

院該当の場合	年 月 日まで	所在地
	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。 令和 〇〇年 ××月 △△日 (〒 〇〇×-×△△〇 )	支部確認欄
	住所 〇〇県〇〇市〇△□ 1-2-3	
	組合員 氏名 <u>建設 太郎</u> <u>建設</u>	個人番号(組合員) △ × ○ × □ ○ × □ □ ○ △ ○
	建設連合国民健康保険組合殿	電話(日中連絡先) 090-××××-□□□□

本	区分	[ア]	[イ]	[ウ]	[エ]	[オ]	[現並Ⅱ]	[現並Ⅰ]	[低Ⅱ]	[低Ⅰ]	長期	該当	非該当
---	----	-----	-----	-----	-----	-----	-------	-------	------	------	----	----	-----

#### 《申請をするときの注意》

1. 申請には証拠書類が必要です。詳しい手続きは、書類を提出する前に所属の支部にお問い合わせください。
2. 申請書は、所属の支部に提出してください。

※赤字の部分を入力してください。(記入する際は、消せるボールペンは使用しないでください。)

※緑枠の部分の記入にあたっては、当記入例の次のページをご確認ください。

## 申請書を記入する際の注意点

① マイナンバーカード等のマイナンバーがわかる書類を参考に  
**対象者**のマイナンバーを記入してください。

② 再交付申請の場合は、該当する理由に○をつけてください。

限度額適用認定証を破損または紛失したとき。  
3. その他の場合は再交付理由を( )内に記入してください。

③ マイナンバーカード等のマイナンバーがわかる書類を参考に  
**組合員**のマイナンバーを記入してください。

※ 参考：申請に該当する所得区分は、下表のとおりです。

年齢	世帯に属するすべての方(当国保組合に加入している方全員)の基礎控除後の総所得金額の合計額	区分
70歳未満	901万1円以上	上位1 〔ア〕
	600万1円～901万円	上位2 〔イ〕
	210万1円～600万円	一般1 〔ウ〕
	210万円以下	一般2 〔エ〕

年齢	組合員の世帯に属する70歳以上の方の課税標準額	区分
70歳以上	380万円以上690万円未満の方が一人でもいる場合	現役並みⅡ
	145万円以上380万円未満の方が一人でもいる場合	現役並みⅠ