

認定証が必要となる日 (入院日等)		年 月 日			世帯の所得(課税)区分	旧ただし書き所得	
被保険者証	記号	番号				ア: 901万円超	
組合員	住所					イ: 600万円~901万円以下	
	氏名	Ⓜ 男・女				ウ: 210万円~600万円以下	
	生年月日	昭・平 年 月 日				エ: 210万円以下	
	個人番号				オ: 住民税非課税世帯 (被保険者全員が非課税)		
限度額適用・減額対象者 (組合員本人の場合 は記入不要)	氏名	男・女		組合員との続柄			
	生年月日	昭・平 年 月 日					
	個人番号						
長期入院 (90日以上)		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		年 月 日 まで			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		年 月 日 まで			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		年 月 日 まで			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		年 月 日 まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年 月 日 まで			日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

申請日: 年 月 日

※世帯所得(世帯に属する医師国保組合被保険者全員の旧ただし書き所得を合算)を確認し「所得(課税)区分」の該当区分に○をしてください。8月から12月療養分は前年の所得、1月から7月療養分は前々年の所得で判定します。

※所得区分がア以外の場合は、世帯所得を証明するために、世帯に属する医師国保組合被保険者全員の所得証明書類(市町村発行の「所得・課税証明書」等)、「源泉徴収票」は不可)を添付してください。

なお、すでに提出されている方については改めて提出いただく必要はありません。