

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定申請書

認定証が必要となる日 (入院日等)		令和 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・令	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)	令和 年 月 日 から	令和 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)	令和 年 月 日 から	令和 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)	令和 年 月 日 から	令和 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)	令和 年 月 日 から	令和 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)	令和 年 月 日 から	令和 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	令和	年	月	日			

※太枠内を記入してください

※世帯の所得区分は当組合にて所得情報等を取得のうえ判定します