

記入例

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定申請書

令和4年8月～令和5年7月末該当

被保険者証記号番号		31-	12345678	送付先	自宅・勤務先
組合員	住所	横浜市中央区富士見町3-1 神奈川県総合医療会館4階		(電話)	045-231-2685
	氏名	医師 太郎		生年月日 (西暦)	1987年6月5日
	個人番号 (マイナンバー)	123456789011	年齢	33歳	
対象者	氏名	医師 花子		生年月日 (西暦)	1998年7月6日
	個人番号 (マイナンバー)	987654321011	年齢	22歳	
	組合員との 続柄	妻	第三者行為 (交通事故等)	該当・非該当	

※太枠内をすべてご記入下さい。

【個人番号（マイナンバー）の利用目的について】
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

下記の欄は、住民税非課税世帯の方で
直近12カ月間の入院日数が合計91日以上になる場合のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間	西暦	年	月	日	から	日間
		西暦	年	月	日	まで	
	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	西暦	年	月	日	から	日間
		西暦	年	月	日	まで	
	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	西暦	年	月	日	から	日間
		西暦	年	月	日	まで	
	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	西暦	年	月	日	から	日間
		西暦	年	月	日	まで	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
		長期入院	該当・非該当				

適用区分	現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ ア・イ・ウ・エ・オ						受付日付印
決裁	常務理事	事務長	次長	主幹	主査	係	
年 月 日 決定							

- ・【自宅】の場合は、本人自宅へ
- ・【勤務先】の場合は、医師国保に登録されている事業所へお送りします。

令和4年1月1日現在の住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号
※現住所と同一の場合は記入不用	

限度額適用認定書 送付希望先住所	〒△△△-△△△△ 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇
※自宅・勤務先以外の場合	
宛名	××病院 医事課
上記送付先を希望する理由	現在入院中につき、自宅での受け取りが出来ない為。

備考欄	
-----	--

送付先をご入院中の医療機関等に指定される場合、あらかじめ医療機関に確認の上、住所、病棟・部屋番号等、宛先を正確にご記入下さい。

速達を希望される場合や、医療機関等の指示により適用月が申請月と異なる場合には、その旨ご記入下さい。