

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										
	対象者氏名						生年月日	昭・平・令	年	月	日
							対象者の 個人番号				
	世帯の所得区分	上位1[ア]・上位2[イ]・一般1[ウ]・一般2[エ]・低所得[オ]									
	70歳以上の所得区分	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ									
長期入院	該当・非該当										

※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	( 日間)	名 称				
		年	月	日まで		所在地				
	②	年	月	日から	( 日間)	名 称				
		年	月	日まで		所在地				
	③	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	年	月	日						支部確認欄
	(〒 - )									
	住所	_____								
	組合員 氏名	_____ 印				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	事務局長次長	課長	担当者	支部長

