限度額適用

国民健康保険　標準負担額減額　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	90－	1 3 9 2		2 0 5 0	
対象者	氏　名	中建　花子	性　別	男・女	
	生年月日	昭・平 52 年 7 月 21 日生	続　柄	妻	
	個人番号（マイナンバー）	○○○○ ○○○○ ○○○○			
長期入院（非課税世帯のみ該当）	（どちらかに○をしてください）	該　当　・　非該当			
ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。	入院合計日数　（　　日間）				
申請月以前 12 カ月間の入院期間（日数）及び入院した保険医療機関等	年　月　日　から　年　月　日　まで　日間				
	名　称				
	所在地				

（注意事項）
1）この申請書を出すときは記入もれのないようにし、所得・課税証明書を添付してください。
2）長期入院該当者は、90 日を超えて入院していることが証明できる医療機関発行の領収書等を添付してください。
3）長期入院該当者が長期入院該当になったときは、認定証を添えて再度、交付申請をしてください。
4）組合員とその世帯に属する被保険者以外が届出を持参した場合は、委任状の添付が必要です。

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする組合員及びその世帯に属する家族被保険者に＿＿年度の市区町村民税が課税されていないことを証明する。 ＿＿＿＿、＿＿＿＿、＿＿＿＿、＿＿＿＿、＿＿＿＿、 ＿＿＿＿　市区町村長名　　印

上記のとおり、関係書類を添えて申請いたします。　28 年　8 月　10 日

個人番号（マイナンバー）	○○○○ ○○○○ ○○○○
住　所	○○県○○市○○区○○
組合員氏名（申請人）	中建　太郎　中建 印

中央建設国民健康保険組合理事長　殿

所得区分	70 歳未満	上位所得（ア）	上位所得（イ）	一般所得（ウ）	一般所得（エ）	低所得（オ）
	70 歳以上	低　II	低　I			
傷病区分	疾病によるもの　・　外傷性の疾病によるもの（事前報告書（中建国保様式第三者第 31 号）添付）					

※身元確認	確認者	□支　部　□出張所　（　）	※印欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。
	届出人	□組合員　□代理人　（　）	
	添付書類　身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□その他　（　）	
	添付書類　代理権	□委任状　□被保険者証	

本部受理　年　月　日				
常務理事	事務局次長	課　長	係　長	取扱者

支部受理　年　月　日			
支部長	事務局長	取扱者	出張所長

（本部用）