国民健康保険　限度額適用 標準負担額減額　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額　（　　年度）

対象者	被保険者記号番号	90-	1	3	9	2		2	0	5	0	(枝番)	0	2
	氏　名	中建　花子												
	生年月日	昭和54 年 7 月 21 日									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　所要事項は記入もれのないようにしてください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
2　所得区分の判定に必要な所得情報は、マイナンバー制度を利用した情報連携により中建国保が取得します。
3　特別な事情等により所得情報が取得できなかったときは、所得が確認できる書類の提出をお願いします。
4　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。
5　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。
6　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　　㊞

上記のとおり、関係書類を添えて申請いたします。　令和6 年 9 月 10 日

個人番号（マイナンバー）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

住　所　○○県○○市○○2-2-2

組合員氏名（申請人）　中建　太郎

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	現役並Ⅱ	現役並Ⅰ	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）					

※身元確認欄			
確認者	□支　部	□出張所（　　）	※ 身元確認欄は支部・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（　　）	
身元確認書類	□個人番号カード	□運転免許証	□その他（　　）
代理権確認	□委任状	□資格確認書・資格情報のお知らせ	□その他（　　）

本部受理　年　月　日				
常務理事	事務局長	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

中建国保様式給付第32号