

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

被保険者証記号番号		32 -				
組 合 員	住 所					
	氏 名	Ⓜ	生 年 月 日	昭・平 年 月 日	男・女	
	マイナンバー					
限度額適用 減額対象者	氏 名		生 年 月 日	昭・平 年 月 日	男・女	
	マイナンバー					
	組合員との続柄					
長 期 入 院	該当・非該当					
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関	平成	年	月	日まで	
		名 称				
所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関	平成	年	月	日まで	
		名 称				
所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関	平成	年	月	日まで	
		名 称				
所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関	平成	年	月	日まで	
		名 称				
所在地						

※ 太線に囲まれた部分をすべてご記入ください。

<p style="text-align: center;">所得の証明について (添付不要となりました)</p>	<p>行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律により、個人番号を利用できる具体的な手続の項目として、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第1号又は第2号の保険者の認定（限度額適用認定証の申請の確認）が定められておりますので、認定証が必要となる当該年の所得の証明について、情報連携により照会をさせていただきます。</p> <p>※ 情報連携による照会をお望みでない場合は、確定申告書の写しなど所得情報を添付してください。 (例：平成30年8月～平成31年7月までは平成29年分所得)</p>
---	---