

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

認定証等は自宅住所へ送付します  
 以下を希望する場合は○をつけてください  
 1. 事業所  
 2. 所属組合  
 3. 代理人住所※  
 ※組合員からの委任状が必要

注意

- ・料飲国保組合受付月の1日から有効の認定証を発行します
- ・交通事故などの第三者行為で認定証を使って治療する場合は料飲国保組合まで事前に届出が必要です

\*太枠内を記入してください

|                   |                   |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
|-------------------|-------------------|-------|-----|--|-------|--|--|--|------------------------|--|-----|--------------------|--------------------|--|----|-----|
| 記号番号              | 料                 |       |     |  |       |  |  |  |                        |  | 申請日 | 年 月 日              |                    |  |    |     |
| 組合員氏名<br>(准組合員氏名) | 住所                |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
|                   | 氏名                |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     | 生年月日               | 年 月 日              |  |    | 男・女 |
|                   | 個人番号              |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
| 適用・減額<br>対象者      | 氏名                |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     | 生年月日               | 年 月 日              |  |    | 男・女 |
|                   | 組合員との続柄           | 本人・家族 |     |  | 対象者年齢 |  |  |  | 長期入院<br>前1年間の90日を超えた入院 |  |     | 該当・非該当             |                    |  |    |     |
|                   | 個人番号              |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
|                   | 申請日の前1年間の入院期間(日数) |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     | 年 月 日から<br>年 月 日まで |                    |  | 日間 |     |
| ①                 | 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(日数) |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    | 年 月 日から<br>年 月 日まで |  |    | 日間  |
|                   | 入院をした保険医療機関等      |       | 名称  |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
|                   |                   |       | 所在地 |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |
|                   |                   |       |     |  |       |  |  |  |                        |  |     |                    |                    |  |    |     |

【個人番号の利用目的について】 当組合では、組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

(国保組合記入欄)

<70歳未満>

|       |       |        |       |           |       |
|-------|-------|--------|-------|-----------|-------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 発効期日   | 年 月 日 | ア・イ・ウ・エ・オ |       |
| 有効期限  | 年 月 日 | 長期入院該当 | 年 月 日 | ↓         |       |
| 交付年月日 | 年 月 日 | 発効期日   | 年 月 日 | ア・イ・ウ・エ・オ |       |
| 有効期限  | 年 月 日 | 長期入院該当 | 年 月 日 | 証回収日      | 年 月 日 |

<70~74歳>

|       |       |        |       |             |       |
|-------|-------|--------|-------|-------------|-------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 発効期日   | 年 月 日 | 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ |       |
| 有効期限  | 年 月 日 | 長期入院該当 | 年 月 日 | ↓           |       |
| 交付年月日 | 年 月 日 | 発効期日   | 年 月 日 | 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ |       |
| 有効期限  | 年 月 日 | 長期入院該当 | 年 月 日 | 証回収日        | 年 月 日 |

|    |    |      |     |
|----|----|------|-----|
| 個人 | 法人 | 番号確認 | 未・済 |
| 従来 | 特定 | 身元確認 | 未・済 |

|      |     |     |    |
|------|-----|-----|----|
| 専務理事 | 事務長 | 確認者 | 係員 |
|      |     |     |    |

|         |       |
|---------|-------|
| 国保組合受付印 |       |
|         |       |
| 確認日     | 年 月 日 |

|    |
|----|
| 備考 |
|    |