

記入見本

赤枠の中を記入してください

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

静岡市食品国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

下記のとおり申請いたします。

被保険者記号・番号			
組 合 員	住 所	〒 420-0034 (TEL 054-253-4533) 静岡市葵区常磐町1丁目4-11	
	氏 名	食品 太郎	男・女 (男) 生年月日 昭・平・令 30年 1月 2日
	個人番号 (マイナンバー)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	
対 象 者	氏 名	食品 花子	男・女 (女) 生年月日 昭・平・令 35年 6月 7日
	個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0	組合員との続柄 妻
発症又は負傷の理由		<input type="checkbox"/> 1.第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害(通勤災害等) ※該当番号にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 3.その他(自損事故・疾病等)	
長 期 入 院		該当・非該当 (申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合は長期該当)	

長期入院該当者のみご記入ください。		入院日数合計 (日間)	
①	入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
②		(日間)	
③		(日間)	
	入院をした医療機関等	所在地	

◆押印は朱肉で鮮明にお願いします。(シャチハタ印は不可)

◆対象者とは、医療を受ける人です。

◆初めて申請を行う際はマイナンバー(個人番号)を記入してください。
(2回目以降は省略可)

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※組合記入欄

適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 低I <input type="checkbox"/> 低II
認定等年月日	年 月 日 受付番号

理事長	役員	事務長	主任	係