

理事長	常務理事	事務局長	担当者

限度額適用
国民健康保険 標準負担額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証の番号																	
限度額適用 減額認定者	氏名				生年月日	年 月 日											
	個人番号(マイナンバー)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
		組合員(准組合員)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)	年 月 日から 年 月 日まで			日間												
	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 年 月 日まで			日間												
	入院をした保険医療機関等	名称															
		所在地															
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで			日間												
	入院をした保険医療機関等	名称															
		所在地															
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(准)組合員住所 <u>住所</u></p> <p style="text-align: center;">個人番号(マイナンバー) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table></p> <p>氏 名 <u>氏名</u> 印 <u>電話番号</u></p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>																	

- ※ 太枠内をご記入ください。
- ※ ①～③は住民税が非課税世帯で、長期(直近12ヶ月以内に90日以上)入院された方のみ、ご記入ください。
- ※ マイナンバーによる情報連携にて所得区分を判定いたします。ただし、マイナンバーにて確認ができない場合は所得証明書類の提出をお願いすることがありますので、ご了承ください。
- ※ 住民税が非課税世帯の方は非課税証明書を添付してください。非課税証明書がない場合、マイナンバーによる所得区分で交付しますが、自己負担限度額は非課税区分とはなりません。
- ※ この認定証の発行期日は、原則として申請書を受け付けた日の属する月の初日となります。遡及をご希望の方はご相談ください。
- ※ 所得判定の関係上、7月1日以前に翌年度分の受付はできません。申請書の右余白に「8月以降分を希望する」旨を書き添えてください。

組合使用欄	適用区分		発効年月日	年 月 日
			交付年月日	年 月 日