

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）																			
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									
④	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									

上記のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

年 月 日

(准) 組合員住所 住所 _____

個人番号（マイナンバー）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏 名 氏 名 _____

印 電話番号 _____

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

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