

理事長	常務理事	事務局長	担当者

前期高齢者用

この申請書は70歳以上の被保険者用です。

この申告書はお手元の高齢受給者証が3割の方もしくはお手元の高齢受給者証が1割か2割で非課税世帯の方が使用する申告書になります。

世帯に属する70歳以上75歳未満の方の中で課税所得金額が690万円を超える方がいる場合は申請できません。

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
	個人番号(マイナンバー)		年 月 日
	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