

専務理事	事務長		係

(年 月から 年 月までにかかる)

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

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

下記のとおり必要書類を添えて申請します。

年 月 日

被保険者証記号				番 号			
組 合 員	住 所						
	氏 名			生年月日	年 月 日	性別	男・女
	個人番号 (マイナンバー)						
認 定 対 象 者	氏 名			生年月日	年 月 日	性別	男・女
	個人番号 (マイナンバー)					組合員との続柄	
長 期 入 院	該当・非該当 (申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合長期該当)						

ここから下は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	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				

処 理 欄	判 定 区 分
	Ⅱ・Ⅰ・ア・イ・ウ・エ・オ

■注意事項

- ・個人番号 (マイナンバー) は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・なりすまし防止のため申請人である組合員本人の身元確認書類を添付してください。

■添付書類について

- ・申請人である組合員本人の身元確認書類 (個人番号カード表面、運転免許証、パスポート等の写し)
- ・所得証明書類
 ※具体的な所得証明書類や所得区分の判定、自己負担限度額の計算方法等については当組合のHP または国保のしおりを参照してください。