

専務理事	事務長		係

(令和 年 月から令和 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 限度額適用・標準負担額減額 **認定申請書**

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。 令和 年 月 日

被保険者証記号		番 号	
組 合 員	住 所		
	氏 名	㊦	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 性別 男・女
	個人番号 (マイナンバー)		発症又は傷病の理由 1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)
認 定 対 象 者	氏 名		生年月日 昭和 平成 令和 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日以上の場合には長期該当)		

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)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	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)