

神奈川県薬剤師国民健康保険組合
 国民健康保険 限度額適用 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

※太線内の必要箇所に記入し、□には該当するものに✓を入れてください。

被保険者証記号番号		34 - 80345678	
限度額適用対象者	氏名	国保 花子	
	生年月日	昭平・令 〇〇年 〇月 〇日	
	個人番号 (マイナンバー)	5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 0 0	組合員との続柄 妻
療養予定期間 (不明の場合は空欄でも可)		令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 年 月 日	
傷病原因	第三者の行為(交通事故等)または勤務中(通勤中)によるものですか? □はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
※世帯の所得が低所得(住民税非課税世帯)の方のみ記入してください。 1 申請日の前1年間に合計 <u>91日</u> 以上入院されましたか? □はい(合計日数 日) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 2 1で「はい」と答えた場合、その医療機関及び入院期間を記入してください。 医療機関名 医療機関所在地 入院期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 事業所宛 (本店・支店 店) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> その他 (住所 TEL)		
日中の連絡先	TEL 〇〇〇(△△△△)×××× □自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □その他() ※連絡先が組合員以外の場合 氏名 国保 花子 (組合員との続柄 妻)		
上記のとおり申請します。 令和 〇年 〇月 〇日 神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 〒 235-0007 横浜市磯子区西町〇-〇 組合員 住所 氏名 国保 太郎 個人番号(マイナンバー) 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6			

住民税非課税世帯の方のみ記入

保険証の本人

決裁	理事長	常務理事	事務長	主幹	係

発効期日	
有効期限	
長期入院	該当 ・ 非該当
所得合算額	万円
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ