

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

※記入して郵送してください。

被保険者証	記号	全歯	15	番号		枝番	
限度額適用減額対象者	氏名				生年月日	昭和 令和	平成 年月日
	個人番号（マイナンバー）						
発症または傷病の理由		1：第三者行為（交通事故） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疫病等）					
発効日	（※原則書類が組合に届いた月の1日からになります。） <input type="checkbox"/> R 年 月 から有効な証希望						
長期入院	該当・非該当（※申請日の前1年間入院日数が91日以上の場合長期入院該当）						

【住民税非課税世帯で、長期入院に該当した方は①②③を記入して下さい。】

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			

※適用区分の判定に必要な所得情報は、番号法第19条7号により市区町村へ照会します。
 何らかの理由により所得情報が確認できない場合は、市区町村で発行した所得証明証が必要となります。

上記のとおり申請します。 申請日 年 月 日

※該当箇所を記入して下さい。

申請者 (組合員)	住所	〒					
	氏名				電話番号		
	個人番号（マイナンバー） ※限度額適用減額対象者の場合は不要						
申請代行者欄	氏名				被保険者との関係		
	電話番号	()			代行の理由		

※該当年1月1日時点の住民票上の住所が異なる場合、以下に記入して下さい。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

係										
		支部長	支部常務	判定区分 処 理 ア イ ウ エ オ II I 低1 低2						