

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

国民健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者証の記号・番号		奈組 1.		申請年月日		令和 年 月 日	
組 合 員	氏名		Ⓜ				
	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日				
	住所		〒				
	勤務先 診療所名						
	勤務先 診療所住所						
適用対象者	氏名						
	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日				
	性別		男 ・ 女		組 合 員 との続柄		
適用対象者入院等 (予定) 期間		年 月 日 ~ 年 月 日				該当 に○	1年未満 1年以上
入院等 (予定) 保険医療機関名							

上記のとおり国民健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

◎添付書類について …… 平成29年分の所得が記載されたもの

- ①平成30年度 市町村民税・県民税納税通知書
- ②平成30年度 課税(非課税)証明書

上記、①、②のいずれか1通の提出をお願いします。

※奈鹵国保組合に加入している世帯全員分の証明書を添付

〈提出対象者名： _____ 〉

※以下は記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ