

# 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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		令和 年 月 日 ~ 令和 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							
認定証の送付先		<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 [ 〒 <div style="text-align: right;">(TEL - - ) ]         </div>					

標準負担額減額認定	申請日の前1年間の入院期間： 年 月 日から 年 月 日まで 入院した医療機関名： ( 日間)
対象：市町村・都道府県民税 非課税世帯で、申請日の前一年間で 91日以上入院の方	※該当する場合のみ、上記入院期間の領収証を添えてご提出ください

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

◎適用区分については、個人番号(マイナンバー)を用いた情報連携により判定します。  
ただし、情報連携による所得確認ができない場合は、課税証明書等の所得を証明する書類の提出が必要となります。

※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
	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低所得

事務長	次長	係員