

県支部受付印	
--------	--

決裁欄	事務局長	係長	係

本部受付印	
-------	--

国民健康保険

限度額適用認定申請書
限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号・番号	92 — —	対象者の個人番号																
対象者の氏名	フリガナ	生年月日	昭和		年		月		日	1:男								
	氏名		平成						2:女									

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	長期入院	該当・非該当
	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)	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地		

※対象者が70歳未満の場合は「市町村民税所得課税(非課税)証明書」を添付してください。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

■申請者[組合員]

住所	〒 — — — — — 都 道 府 県	電話番号 (— — — —) — — — —
氏名	フリガナ	個人番号

■注意事項

- 個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された12ケタの番号を記入してください。
- 申請する時は本紙に必要書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 — — — — — 都 道 府 県	電話番号 (— — — —) — — — —
事業所名		事業主名

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

支部記入欄	短期証を交付	有効期限 年 月 日迄
	労 災	該当・非該当
	第三者行為 (交通事故)	該当・非該当

本部記入欄	未納保険料	有・無
	短期限度額証 交付	有()・無
	区分用	70歳未満 70歳以上
		低Ⅰ・低Ⅱ