

県支部受付印	
--------	--

決裁欄	事務局長	係長	係
	ここには何も記入しないでください。		

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 — 13 — 23456	← 太枠の中をご記入ください。
対象者の氏名	フリガナ イ タ ガ ネ ノ ソ ミ	対象者の個人番号 7 * 9 0 * 2 3 * 5 6 * 8
	氏名 板 金 希 望	生年月日 昭和 年 月 日 1:男 平成 2 3 0 9 2 6 2:女

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 27 年 12 月 4 日から 9 日間 平成 27 年 12 月 12 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 全 板 病 院 所在地 東 京 都 港 区 麻 布 111-11
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 日間 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 27年 12月 10日

■申請者[組合員] ← 組合員が申請してください。

住所	〒 100 — 0001 電話番号 (03) 1234 — 5678 東京 都 道 港区三田1-1-1
氏名	フリガナ イ タ ガ ネ ツ ヨ シ 個人番号 板 金 強 ① 1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2

■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	〒 189 — 0073 電話番号 (03) 3453 — 8404 東京 都 道 港区三田1-3-37
事業所名	夢板金工業 事業主名 屋 根 登 ①

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
	区適用	70歳未満 Ⅰ 70歳以上 Ⅱ