様式4－12 ・ 様式6－8①

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		
対象者の氏名	フリガナ イタガネ ノゾミ 氏名 板金 希望	対象者の個人番号	7 * 9 0 * 2 3 * 5 6 * 8
		生年月日	昭和 平成(○) 令和 ○○年○○月○○日 1:男 2:女(○)

		長期入院	該当 ・ 非該当
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	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）	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	

上記のとおり申請します。

○○年　○○月　○○日

■申請者[組合員]

住所	〒 100 — 0001　電話番号 (03) 1234 — 5678 東京 都(○) 府 道 県 港区三田1-1-1		
氏名	フリガナ イタガネ ツヨシ 板金 強	個人番号	1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2

■注意事項
1.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。
2.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(○) 府 道 県 港区三田1-3-37		
事業所名	夢板金工業	事業主名	屋根 登

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(○)
	区分適用 70歳未満	ウ
	区分適用 70歳以上	現並Ⅰ・現並Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ