

決 裁	課長	係	決定年月日

**限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書**
限度額適用・標準負担額減額

認定対象者	被保険者証	記号	86 -	番号		
	氏名				組合員 との続柄	
	個人番号					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別 男 ・ 女

申請日から前1年間に入院したことが		ある ・ ない	
「ある」の方のみご記入下さい	入院期間(日数)と入院をした保険医療機関等		
	①	期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (日間)
		医療機関等	名称
	所在地		
	②	期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (日間)
		医療機関等	名称
	所在地		
	③	期間(日数)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (日間)
		医療機関等	名称
	所在地		
入院日数合計 (日間)		長期入院(入院日数が90日を越えるもの)	該当 ・ 非該当

入院予定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
--------	----------------------

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 印

住所(自宅)

組合員 電話番号

氏名

個人番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

東京都医師国民健康保険組合理事長殿

組合使用欄	所得確認	1. 証明書添付 2. 高額療養費支給にて 3. 前期高齢受給者証発行にて 4. その他()							受付印		
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	現Ⅱ	現Ⅰ		低Ⅱ	低Ⅰ
	発効期日	令和 年 月 日	有効期日		令和 年 月 日						
	長期入院該当年月日	令和 年 月 日	備考								
交付年月日	令和 年 月 日										