決裁	課長	係	決定年月日

様式第34号

国民健康保険 限度額適用 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	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
	入院予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ・ 未定			

長期入院（申請日の前1年間の入院日数が91日以上）に該当する方で非課税世帯の場合は、記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間・日数		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで （ 日間）
	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		令和 年 月 日から 令和 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。

令和 年 月 日

組合員
住所（自宅）
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

○マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナンバーカードを使って医療機関を受診することができます。
○マイナ保険証を利用すれば事前の手続きなく、療養に係る医療費の窓口負担が自己負担限度額までとなりますので限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

組合使用欄	長期該当年月日
	備考

受付印