この欄は、認定を受けられたい方の氏名などを記入してください。

課長	係	決定年月日

様式第34号

記入例

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

認定対象者	被保険者	記号	86 － 100	番号	1234
	氏名	医師 花子		組合員との続柄	妻
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
	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			

入院予定期間を記入してください。
未定であれば、未定に○を付けてください。

長期入院（申請日 … 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	

非課税世帯の場合は記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

組合員	住所（自宅）	東京都○○区○○１－１－１
	電話番号	０３－○○○○－○○○○
	氏名	医師 太郎
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 5 5

東京都医師国民健康保険組合理事長殿

組合員の方の住所・電話番号・氏名・マイナンバーを記入してください。

○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