

記入例

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。

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	被保険者証 記号	86 - 001	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	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで (20 日間)	
	医療機関等	名称	〇〇〇病院
		所在地	東京都中央区〇〇〇 1-1-1
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	
入院日数合計 (20 日間)		長期入院(入院日数が90日を超えるもの)	該当 非該当

入院予定期間を記入してください。

過去1年間に入院歴がある場合は、記入してください。

入院予定期間 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
 住所(自宅) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇〇 1-1-1
 組合員 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 9 8

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。

欄	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	備考	

養費支給にて 3. 前期高齢受給者証発行にて 4. その他()

エ オ 現II 現I 低II 低I 受付印

日 有効期日 令和 年 月 日