

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

住所(自宅) 〒

組合員 電話番号

氏名

印

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( )									
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	現Ⅱ	現Ⅰ	低Ⅱ	低Ⅰ	受付印
	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									

決 裁	課長	係	決定年月日

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

認定を受けられたい方の氏名をご記入下さい。

認定を受けられたい方のマイナンバーを記入し、「目隠しシール」を貼って下さい。

過去1年間の入院歴等をご記入下さい。

入院予定期間をご記入下さい。

組合員の方のマイナンバーを記入し、「目隠しシール」を貼って下さい。

認 定 対 象 者	被保険者証	記号	86 - 001	番号	1234					
	氏名	東京 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	00	年	00	月	00	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00年00月00日から令和00年00月00日まで(20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(20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00年00月00日から令和00年00月00日まで
--------	----------------------------

上記のとおり申請します。

令和00年00月00日

住所(自宅)〒000-0000 千代田区000 1-1-1

組合員 電話番号 03(XXXX)XXXX

氏名 東京 太郎

東京印

個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8
------	-------------------------

捺印してください。

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( )										
	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ	現II	現I	低II	低I	受付印	
	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										