

# 記入例

この欄は、認定を受けられたい方の氏名などをご記入してください。

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

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	
		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ( 日間)	
	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

入院予定期間をご記入してください。

過去1年間に入院歴がある場合は、ご記入してください。

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。

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				
エ	オ	現II	現I	低II	低I
日	有効期日	令和 年 月 日			
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			