保険証の記号番号を記入してください。

国民健康保険限度額適用等認定申請書

認定申請する区分に○を記入してください。

療養区分	入院・入院外

被保険者証記号番号

78−

限度額適用　・　限度額適用及び標準負担額減額

受診を予定されている方の氏名・個人番号などを記入してください。

及び番号		組合員との続柄	
生年月日	昭和 平成　年　月　日生	性別	男　・　女
称			
地			

受診される医療機関の名などを記入してください。

長期入院の該当有無(注2)　該当しない　・　該当する　（該当するの場合は、入院期間等を下欄に記入してください。）

長期入院の入院先及び入院期間等

申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合は「長期入院」に該当します。

間数)	平成　年　月　日から平成　年　月　日までの　日間		
保険医療機関等 称		所在地	
② 申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成　年　月　日から平成　年　月　日までの　日間		
		所在地	
	平成　年　月　日から平成　年　月　日までの　日間		
		所在地	

申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合は「長期に入院」に該当しますので、入院先の各医療機関名、入院期間など記入してください。

「個人情報（含、特定個人情報）の取扱について」を確認のうえ、上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険の限度額適用･標準負担額減額を申請します。

平　成　　年　　月　　日

組合員の方が署名・捺印してください。組合員の個人番号・連絡先電話番号を記入してください。

組合員

〒　　電話番号

住　所

氏　名　　㊞

個人番号

東京食品販売国民健康保険組合　殿

（注）
1. 太線枠内の各事項を記入してください。
2. 申請日の前1年間（12ヶ月の間）の入院日数が91日以上の場合は、「長期入院」に該当します。「該当する」に○印を付して、各保険医療機関等の入院期間を確認できる医療費等の領収書を添付してください。
3. 世帯全員（加入者）の課税または非課税証明書を添付してください。（公的年金等受給者は、年金支払通知書または公的年金等の源泉徴収票も必要です。）

処理欄				
	受診等の理由	病気　・　けが　・　第三者行為（本部連絡：　年　月　日：取扱者　㊞　）		
	交付年月日	平成　年　月　日	発効期日（年月日）	平成　年　月　日
	有効期限	平成　年　月　日	長期入院該当年月日	平成　年　月　日
	適用区分	上位ア・上位イ　一般ウ・一般エ　低オ　低Ⅱ　・　低Ⅰ	世帯構成人数	70歳未満　名･70歳以上　名

決裁欄	所長	課長	確認

証作成	台帳記帳	適用判定所得額
		円

受付印