

県支部受付印	
--------	--

決裁欄	事務局長	係長	係

本部受付印	
-------	--

国民健康保険

限度額適用認定申請書
限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記号・番号	92 — —														
対象者の氏名	フリガナ	対象者の個人番号													
	氏名	生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日	1:男 2:女				

		長期入院	該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 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)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり申請します。

年 月 日

■申請者[組合員]

住所	〒 — — — — — 都 道 府 県	電話番号 (— — — — —) — — — — —
氏名	フリガナ	個人番号

■注意事項

- 1.個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された12ケタの番号を記入してください。
- 2.申請する時は本紙に必要書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 — — — — — 都 道 府 県	電話番号 (— — — — —) — — — — —
事業所名		事業主名

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

支部記入欄	短期証を交付	有効期限 年 月 日迄
	労 災	該当 ・ 非該当
	第三者行為 (交通事故)	該当 ・ 非該当

本部記入欄	未納保険料	有 ・ 無
	短期限度額証 交付	有() ・ 無
	区分用	70歳未満 70歳以上
		現並Ⅰ・現並Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ