

県支部受付印	
--------	--

決裁欄	事務局長	係長	係
	ここには何も記入しないでください。		

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 — 13 — 23456																							
対象者の氏名	フリガナ	イ タ ガ ネ ノ ソ ミ										対象者の個人番号	7	*	9	0	*	2	3	*	5	6	*	8
	氏名	板 金 希 望										生年月日	昭和 平成 令和	○	○	○	○	○	○	1:男 2:女				

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	○年 ○月 ○日から ○日間 ○年 ○月 ○日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	全板病院
		所在地	東京都港区麻布111-11
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

■申請者[組合員]

住所	〒 100 — 0001 電話番号 (03) 1234 — 5678	
	東京 都 道 港区三田1-1-1	
氏名	フリガナ	イ タ ガ ネ ツ ヨ シ
	氏名	板 金 強 (板金印)
	個人番号	1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2

■注意事項

- 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。
- 申請する時は本紙に必要な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	〒 189 — 0073 電話番号 (03) 3453 — 8404		
	東京 都 道 港区三田1-3-37		
事業所名	夢板金工業	事業主名	屋 根 登 (屋根印)

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)
	区適用	70歳未満 70歳以上
		ウ 現並Ⅰ・現並Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ