国民健康保険
限度額 適用認定 申請書

(兼限度額適用・標準負担額減額認定)

申請(**入院**等)年月日 ： 平成　　年　　月　　日～　年　　月　　日(見込み)

被保険者証の記号番号
―　　－

＊申請最後の月以後、最初にくる7月末日までの
有効期限で交付します。

対象者	(フリガナ) 氏　名			性別	
	個人番号 (ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)	(必ずご記入ください)			
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 70歳以上の高齢受給者はこの申請は不要です。 (低所得世帯を除く)	(正・准)組合員 本人との続柄		

上記のとおり、世帯の所得等を明らかにする書類を添付して申請します。

平成　　年　　月　　日

勤務先・医療機関　　住所

名称

TEL(連絡先)(　　)　　－

＜申請者＞

正・准 組合員**本人**　　住所

氏名　　㊞

(必ずご記入ください)

個人番号
(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)

TEL(連絡先)(　　)　　－

TEL(連絡先)(　　)　　－

(連絡先は、所得などの確認が必要なときに使用します。)

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

添付書類:医師国保組合保険加入者**全員分**の、下記の**いずれか**の書類(**源泉徴収票不可**)

○ 当年度「市町村民税・県民税納付通知書」明細に在る、**所得金額**部分のコピー
(ただし、7月診療以前の申請分は「前年度」)

○ 当年度「市町村民税・県民税　特別徴収　税額通知書(納税義務者用)」所得金額部分のコピー
(ただし、7月診療以前の申請分は「前年度」)

O 市区町村の「**課税**(所得の分かる)**証明書**」<原本> (**所得額が無い方に限り「非課税証明書」**)

※　1月～7月申請分は、その**年**の前年度課税(前々年中所得)証明を添付してください。

・限度額適用認定証を作成し簡易書留で、**勤務先**(登録送付先)に送付します。

＊本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

＊各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で 利用することはありません。