

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書)

申請(入院等)年月日：令和 年 月 日～令和 年 月 日(見込み)

記号番号			
— —		* 申請書が到着した月の1日付けで作成し、最初にくる7月末日までの有効期限内で交付します。	
対象者	(フリガナ) 氏 名		
	性別		
	個人番号 (マイナンバー)	(必ずご記入ください。)	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	(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。

令和 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
(マイナンバー)

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。)

限度額適用認定証 の送付先 (いずれかに○)	申請者(組合員)の自宅
	正組合員宛て(医療機関もしくは正組合員自宅)

※送付先の記載がない場合は申請者(組合員)の自宅へ送付します。

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 納税通知書」のコピー
- 当年度「給与所得者に係る市町村民税・県民税 特別徴収税額の通知書」のコピー
- 市町村民税・県民税の「所得・課税証明書」<原本>(所得額が無い方は「非課税証明書」)

※ 1月～7月診療分は、前年度の通知書コピーもしくは証明書原本を添付してください。

※ マイナ保険証を利用する場合は、本申請は不要となります。ただし、同一世帯に住民税未申告の方がいる場合や、マイナ保険証にて限度額区分が確認できない場合は医師国保組合までご連絡ください。

* 本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」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、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。