

決定	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長
伺					

※本部記入欄		
受付日	区分	再

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号・番号	岡 304	70000												
減額 対象者	氏名	建設 太郎				生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和							
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄
長期入院 (非課税世帯のみ該当)		<input checked="" type="checkbox"/> 該当		<input type="checkbox"/> 非該当		※該当する場合は、ここから下の欄を記入してください。								
①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	4 年 1 月 1 日 から		4 年 4 月 8 日 まで		98 日間								
	入院した医療機関等	名称	建労病院											
		所在地	岡山市北区駅元町123-4											
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								
	入院した医療機関等	名称												
		所在地												

非課税世帯かつ90日以上
の長期の入院をしている場合、
長期入院の該当にチェックを入れ、
入院日数と入院した医療機関を
記入ください。

市区町村長の証明欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	記入不要
	市区町村長名 _____ (印)

上記のとおり申請します。

住所 岡山市北区駅元町23-12

組合員 _____ 必ず印鑑を押してください。

令和 4 年 12 月 1 日

氏名 建設 太郎 建設 印

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※上記の減額対象者と同じ場合は、省略可

身元確認欄	① 確認者 <input type="checkbox"/> 支部 ()
	② 届出人 <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()