

決 定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

※本部記入欄		
受付日	区分	再

**限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額**

国民健康保険
認定申請書

被保険者 記号・番号		岡 304							
減額 対象者	氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	個人番号 (マイナンバー)						続柄		
長期入院 (非課税世帯のみ該当)			<input 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)				年	月	日	から	日間
	入院した医療機関等		名称			年	月	日	まで
				所在地					
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)				年	月	日	から	日間
	入院した医療機関等		名称			年	月	日	まで
				所在地					

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。 _____、 _____、 _____、 _____、 <p style="text-align: center;">市区町村長名 (印)</p>
---	--

上記のとおり申請します。

住所
組合員 _____
氏名 _____ (印)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー) _____

※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 (_____)
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証

※代理人の場合は、委任状が必要

☆マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。