

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

照合事項等	資格	発効・期限	適用	交付

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

被保険者証記号・番号		—				
組 合 員	住 所					
	氏 名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女	
	個人番号					
減額対象者	氏 名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	男・女	
	個人番号					
	組合員との続柄		長期入院	該 当 ・ 非 該 当		
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月 日から	日間
			令和	年	月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月 日から	日間
			令和	年	月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月 日から	日間
			令和	年	月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月 日から	日間
			令和	年	月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月 日から	日間
			令和	年	月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
市町村長が 証明する欄	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組合員及びその世帯に属する被保険者に令和 年度の市町村民税が課されないことを証明する。					
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 令和 年 月 日 市町村長名 ⑩					
上記のとおり証拠書類を添えて申請します。						
令和 年 月 日						
組合員 住所 氏名						
宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿						

註）長期入院該当者欄（①～⑤）については住民税非課税世帯の方が申請できます。