

記入見本

赤枠の中を記入してください。

受付番号

理事長	役員	事務長	主任	係

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

静岡市食品国民健康保険組合理事長 様
下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者記号・番号		012345678												
組 合 員	住 所	〒 420-0034 静岡市葵区常磐町1丁目4-11		(Tel 054-253-4533)										
	氏 名	食品 太郎		生年月日	昭・平・令 30年 1月 2日									
	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	
対 象 者	氏 名	食品 花子		生年月日	昭・平・令 35年 6月 7日									
	個人番号 (マイナンバー)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0	組合員との続柄
発症又は負傷の理由		<input type="checkbox"/> 1.第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> 3.その他(自損事故・疾病等) ※該当番号にチェックを入れてください。												
長 期 入 院		該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当 (申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合には長期該当)												

長期入院該当者のみご記入ください。 入院日数合計 (日間)		
①	入院期間	◆組合員とは、被保険者証に組合員氏名として載っている人です。 押印は朱肉で鮮明にお願いします。(シャチハタ印は不可)
	入院をした	
②	入院期間	◆対象者とは、医療を受ける人です。
	入院をした	
③	入院期間(日数)	年 月 日～ 年 月 日(日間)
	入院をした保険医療機関等	名 称
		所在地

※組合記入欄

適用区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
------	--	---