

記入例

国民健康保険 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	〇〇〇〇又は〇〇〇〇 - 〇〇〇				
世帯主 (組合員)	住所	名古屋市中区▲▲-〇〇 ××マンション102 (自宅住所)			
	氏名	愛知 太郎			
対象者	氏名	愛知 花子			
	生年月日	昭平 54年 3月 21日	正組合員	従業員の妻	
	性別	男・女	長期入院 ※ 該当・非該当		
	連絡先	(090) 1234 - 0000			
入院する病院の 所在地及び名称	所在地	名古屋市東区▲▲-〇〇			
	名称	〇〇病院			
入院期間	令和 3年 8月 14日 から	日間			
	令和 年 月 日 まで				
通院する病院の 所在地及び名称	所在地				
	名称				
通院期間	令和 年 月 日 から	日間			
	令和 年 月 日 まで				
上記のとおり申請いたします。					
令和 年 月 日					
住所 診療所住所					
正組合員 氏名 院長先生の署名・捺印 ㊟					
診療所電話番号 () -					
愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様					

正組合員 4 桁
準組合員 7 桁

予定で
結構です

※ 長期入院は保険者にて記入

- ・資格喪失予定のある方は、ご連絡下さい。
- ・入院期間、通院期間は予定で結構です。
- ・発行した認定証は正組合員、正組合員家族は診療所住所へ送付、従業員、従業員家族は登録自宅住所へ送付します。
- ・マイナンバーの情報連携システムにて所得を確認させていただきますが、所得が確認できなかった場合には追加で所得を証明する書類をお願いする場合がありますのでご了承ください。