

- 国民健康保険限度額適用認定申請書
- 国民健康保険食事療養費標準負担額減額認定申請書
- 国民健康保険限度額適用・食事療養費標準負担額減額認定申請書

被保険者証号	38	番号					☞ 太枠内のみ記入して下さい		
組合員	住所						電話番号 ()		
	氏名				個人番号				
限度額適用(減額)対象者	氏名				個人番号				
	生年月日	昭和/平成/令和	年	月	日	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
過去1年間の入院	入院期間				入院した保険医療機関の名称				
	令和	年	月	日	～	年	月	日	
	令和	年	月	日	～	年	月	日	
	令和	年	月	日	～	年	月	日	
	令和	年	月	日	～	年	月	日	
	令和	年	月	日	～	年	月	日	
上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請します。 令和 年 月 日 千葉県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様									

【注意事項】

1. 申請者は組合員となります。同一世帯員以外の方が代理申請するときは、委任状が必要となります。
2. 食事減額申請で過去一年間に91日以上入院に該当する方は、直近3ヶ月の入院の領収証の写しの添付が必要です。
3. 認定証の発効日は、受付月の初日（上記2は翌月初日）となります。月内に医療機関等へ認定証の提示をしてください。
4. 保険料に滞納がある世帯には、限度額適用証の交付はできません。

所得要件区分	70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	70歳以上	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	
長期入院 ※注意事項2	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	長期発効日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 7 月 31 日
所得確認	<input type="checkbox"/> 税・番号制度情報連携システム <input type="checkbox"/> 所得(課税)証明書 <input type="checkbox"/> 確定申告書 <input type="checkbox"/> その他()				
保険料	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり (交付 ⇒ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 食事のみ)				

理事長	常務理事	事務長	発効期日	給付担当	受付
			/		