

記入例

※赤字の部分にご記入下さい。

様式第44号

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

組合員が記入する欄	被保険者証記号番号	25〇〇〇〇〇〇	保険証の上部に記載されています	通知カード等をご覧の上、対象者のマイナンバーを正確にご記入下さい
	対象者氏名	建設 花子	入・通院される方の氏名をご記入下さい	生年月日 昭・平 30 年 10 月 10 日
	所得区分	上位1 [ア] . 上位2 [イ] . 一般1 [ウ] . 一般2 [エ] . 低所得 [オ] . 低所得Ⅱ [Ⅱ] . 低所得Ⅰ [Ⅰ]	対象者の個人番号	
	長期入院	該当・非該当	※長期入院とは、低所得または低所得Ⅱに該当し、入院日数が過去12ヵ月の間に90日を超えていることを指します。該当する場合は「該当」に○をして下さい。	

※長期入院に該当する方は下の欄も記入してください。なお、この場合は入院期間を証明する書類(領収書のコピー等)が必要です。

組合員記入欄(長期入院該当の場合)	申請日の前1年間の入院期間				入院をした保険医療機関等	
	①	平成	年	月	日から	名称
		平成	年	月	日まで	(日間)
	②	平成	年	月	日から	名称
		平成	年	月	日まで	(日間)
	③	平成	年	月	日から	名称
平成		年	月	日まで	(日間)	所在地

市区町村長記入欄

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)町村民税が課されていないことを証明する。

____ . ____ . ____ . ____

市区町村長名 _____ 印 _____

組合員が記入する欄

上記のとおり申請します。

平成 28年 1月 1日 (〒 870-0000)

住所 大分市〇〇町123-1

組合員 氏名 建設 太郎 認印

電話(日中連絡先) 097-500-0000

建設連合国民健康保険組合殿

ご記入頂いた日付 ※こちらにご記入頂いた月の分から適用認定します

通知カード等をご覧の上、組合員ご本人のマイナンバーを正確にご記入下さい

個人番号(組合員) _____

支部確認欄

本部決裁欄	区分	[ア]	[イ]	[ウ]	[エ]	[オ]	[低Ⅱ]	[低Ⅰ]	長期	該当	非該当
	※右のとおり認定してよろしいか			認定	却下	認定年月日	平成	年	月	日	

本部 受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部 受付印

本部控