

決 裁	常務理事	事務局長	処 理	支 部	支 部 長	担当者	支 部 名	受 付 印	
	発効期日			本 部	課 長	電 算	担当者		発 送
	交 付 年月日								

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

被保険者記号番号	36-									<所得区分> ア・イ・ウ・エ・オ 低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	
組 合 員 住 所	〒										
組 合 員 氏 名											
組合員のマイナンバー											
対 象 者 氏 名											
対象者のマイナンバー											
組合員との続柄			生年月日			昭・平			年	月	日
発 効 期 日	平成	年	月	日	送 付 先		支部・本人・その他()				

負傷原因届(ケガの場合には必ずご記入下さい)	負傷日時	平成	年	月	日
負傷した部位	負傷場所				
どのように 負傷しましたか					就業中 就業外

住民税非課税世帯の場合には、以下に入院日数の記載をお願いします。 <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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	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)	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
	入院をした 保険医療機関等	名 称				
		所在地				

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長殿

上記の通り申請します。

平成 年 月 日

組合員氏名

印

[注] 世帯全員の所得のわかる資料を添付して申請して下さい。
住民税非課税世帯の場合は、必ず非課税証明書を提出して下さい。