

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

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------|-------|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 被保険者証の記号番号 | | 36- | | | | | | | | | | | |
| 組合員 | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | マイナンバー | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | マイナンバー | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭・平・令 | | | 年 | | | 月 | | | | | 日 |
| 発効期日 | | 令 | | | 年 | | | 月 | | | | | 日 |

負傷原因届(ケガの場合には必ずご記入下さい)

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|--------|---|------------|
| 負傷日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 頃 |
| 負傷場所 | | | | 負傷した部位 | | |
| 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) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 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) | 年 | 月 | 日 | から | 日間 |
| | | 年 | 月 | 日 | まで | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |

上記の通り申請します。

年 月 日 組合員住所

組合員氏名

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長殿

医療機関でオンライン資格確認の利用同意を行うことにより、マイナ保険証(※)や従来の保険証利用でも高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、医療機関の窓口にご確認の上、マイナ保険証もご利用ください。
※電子資格確認に利用される個人カード番号をいいます。

| | | | | | | | | |
|------|--------------------------|------|---|------|-----------|-----|----|-----|
| 決 | 常務理事 | 事務局長 | 処 | 支部長 | 担当者 | 支部名 | | 受付印 |
| | | | | | | | | |
| 裁 | 発効期日 | | 理 | 給付課長 | 発送 | 点検 | 入力 | |
| | 交付年月日 | | | | | | | |
| 所得区分 | ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ | | | 送付先 | 支部・本人・事業所 | | | 普通 |