

決	常務理事	事務局長	処	支部長	担当者	支 部 名		受 付 印
				支 部				
裁	発効日		理	課 長	電 算	担当者	発 送	
	交付年月日			本 部				
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ			送付先	支部・本人・その他( )			

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		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												
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 印

神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長殿