

限度額適用

第 種 食事療養・生活療養標準負担額減額 認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

※ 適用区分	70歳未満	アイウエオ	70歳以上	現役並みⅡ	現役並みⅠ	低所得Ⅱ	低所得Ⅰ	(年 月 末まで)
被保険者証 記号・番号			組合員	氏名				事業所名
				個人番号				
限度額適用 減額対象者 氏名	※			性別	男・女	昭平	年 月 日生	
				個人番号				

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		
	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		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称						
		所在地						

市町村長が 証明する欄	1 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組合員及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市町村民税が課されないことを証明する。 _____ . _____ . _____ _____ . _____ . _____							
	2 当該減額対象者の属する世帯の減額区分は、(非課税・基準額以下) であることを証明する。 平成 年 月 日 <p style="text-align: right;">市町村長名 ㊟</p>							

上記のとおり申請します。 平成 年 月 日							
組合員				郵便番号			
				住所			
				氏名			
				電話	()	-	
全国土木建築国民健康保険組合理事長 様							

- (注) 1 組合員及び対象者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。また、組合員の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写を添付してください。
- 2 組合員が対象者である場合は、対象者にかかる個人番号の記入は必要ありません。
- 3 限度額適用の認定を受けようとする方は、限度額適用対象者の属する世帯の被保険者全員(組合員を含む。ただし、適用対象者が70歳以上の現役並み所得者の場合においては適用対象者の属する世帯の70歳以上の被保険者のみ。)の市町村民税課税証明書等(課税所得額の記載のあるもの)を添付してください。
- 4 食事療養・生活療養標準負担額減額の減額認定を受けようとする方は、減額対象者の属する世帯の被保険者全員(組合員を含む。)の市町村民税非課税証明書を添付してください。(この申請書に市町村長の証明を受けたときは必要ありません。)
- 5 食事療養・生活療養標準負担額減額の認定申請書を提出する月以前12か月間の入院日数(減額認定者としての入院日数に限る。)が90日を超えている場合は、領収証など入院期間を確認できる書類を添付してください。なお、既に減額認定を受けているときは「食事療養・生活療養標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」も添付してください。
- 6 「組合員氏名」欄は、組合員本人が署名した場合には押印を省略することができます。
- 7 ※印欄は記入しないでください。