国民健康保険

- 限度額適用
- 標準負担額減額
- 限度額適用・標準負担額減額

記入例

認定申請書

被保険者記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9						
適用・減額対象者の氏名・生年月日	薬国 花子					適用・減額対象者の個人番号（マイナンバー）													
	昭和・平成・令和	99	年	99	月	99	日	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
入院・通院等認定証申請の目的	☐ 今後、入院・通院予定 ☒ 現在、入院中・通院中					利用開始の希望年月をご記入ください。 ※申請月の前月より前には遡れません。													
初回申請適用希望年月（更新・再交付は記入不要）	令和99年99月1日から適用希望（※申請月の前月より前には遡れません）																		
第三者行為又は業務上の事故	☐ 第三者行為に該当 ☐ 業務上の事故に該当 ☒ 非該当																		
認定証の送付先	☒ 自宅宛 ※自宅、薬局（本店）以外に送付を希望の場合は送付先住所を記入してください。					☐ 薬局宛（本店） ☐ その他（送付先住所 〒													
認定証は簡易書留で送付いたします。 受け取り可能な送付先をご記入ください。																			
≪長期入院≫ 世帯の所得が低所得（住民税非課税世帯）の方で、申請月を含む過去12ヶ月間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方のみ、以下に入院歴を最近から順に記入してください。																			
1	保険医療機関	名称												年	月	日	より		
		所在地												年	月	日	まで	日間	
			長期入院に該当（住民税非課税世帯）の方のみ ご記入ください。																
			名称												年	月	日	より	
2	保険医療機関	所在地												年	月	日	まで	日間	
		上記のとおり申請いたします。																	
															*記入された年月日 令和99年99月99日				
*組合員本人がご記入ください																			
申請者	住所	大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号																	
(組合員)	氏名(自署)	薬国 太郎							電話番号	06 (6000) 0000									
申請者の個人番号（マイナンバー）								5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7
近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様																			

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。 ※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※(事務処理欄)

受 付 印	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	保険種別	☐ 本人 ☐ 家族		発効期日	令和 年 月 日		
		現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	長期入院	☐ 該当 ☐ 非該当		有効期限	令和 年 月 日		
	申請区分	☐ 初回申請 ☐ 年度更新 ☐ 再交付 ☐ 世帯構成の変更 ☐ 長期入院による変更	決 裁	理 事	室 長	班 長	主 担 当	副 担 当	令和 年 月 日 決定