

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号	3 0 1 0	被保険者証番号	
世帯主 (組合員)	住所		
	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
対象者	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日
	個人番号	/	
	世帯主(組合員)との続柄	長期入院(90日以上)	該 当 ・ 非 該 当

長期入院(90日以上)該当者のみ記入して下さい。

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
③	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
④	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

※前年の世帯全員分の所得証明書を添付して下さい。

なお、保険者ではマイナンバーによる所得情報の確認が可能となっていることから世帯全員分の所得確認書類が省略されている場合は、本組合にて世帯全員分の所得情報の照会を行いますので、ご了承ください。

また、前年分の世帯全員の収入が1,160万円を越えている場合は、下記()内に○印をお付け下さい。上位所得者と認定し、所得情報の照会はいたしません。

() 【上位所得者である】

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合理事長 殿