

# 国民健康保険 限度額適用認定申請書

(兼限度額適用・標準負担額減額認定申請書)

申請(入院等)年月日：令和 年 月 日～令和 年 月 日(見込み)

被保険者証の記号番号		—		—		*申請書が到着した月の1日付けで作成し、最初にくる7月末日までの有効期限内で交付します。	
対象者	(フリガナ)氏名					性別	
	個人番号(マイナンバー)				(必ずご記入ください。)		
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(正・准)組合員本人との続柄	

上記のとおり、世帯の所得等を明らかにする書類を添付して申請します。

令和 年 月 日

勤務先・医療機関 住所

名称

TEL(連絡先) ( )

<申請者>

正・准 組合員本人 住所

氏名

印

(必ずご記入ください。)

個人番号  
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--

TEL(連絡先) ( )

TEL(連絡先) ( )

(連絡先は、所得などの確認が必要なときに使用します。)

限度額適用認定証の送付先(いずれかに○)	申請者(組合員)の自宅
	正組合員宛て・登録送付先(医療機関等)

※送付先の記載がない場合は申請者(組合員)の自宅へ送付します。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

添付書類: 医師国保組合保険加入者**全員分**の、下記の**いずれか**の書類(源泉徴収票不可)

- 当年度「市町村民税・県民税納付通知書」明細に在る、**所得金額**部分のコピー(ただし、7月診療以前の申請分は「前年度」)
- 当年度「市町村民税・県民税 特別徴収 税額通知書(納税義務者用)」所得金額部分のコピー(ただし、7月診療以前の申請分は「前年度」)
- 市区町村の「**課税(所得の分かる)証明書**」<原本> (**所得額が無い方**に限り「非課税証明書」)

※ 1月～7月申請分は、その年の前年度課税(前々年中所得)証明を添付してください。

\*本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

\*各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。