Ver. 2018.04

常務理事	事務長	課長	係

所得判定

申請日　平成　　年　　月　　日
決定日　平成　　年　　月　　日

本人確認					
個人番号		台帳		身元	

国民健康保険　限度額適用　限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

被保険者証記号・番号		事業所	名称	
			所在地	
組合員	住所	〒		
	氏名	㊞	生年月日	昭・平　年　月　日
	性別	男・女	個人番号	
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平　年　月　日
	性別	男・女	個人番号	
	組合員との続柄			
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 平成　年　月　日まで　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 平成　年　月　日まで　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 平成　年　月　日まで　日間	
	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)	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　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	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。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 市町村長名　　㊞

上記のとおり申請します。

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合　理事長　殿

※組合員本人の身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付してください。