

理事長  
 本件の事務  
 を決定し、  
 支払いを命ず  
 る

理事	事務局長	事務局次長	課長	係	支部	支所

国民健康保険 限度額適用 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

様式第44号

組合員が記入する欄	被保険者証の記号番号	減額対象者の氏名		
	減額対象者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	組合員との続柄	
	所得区分	上位・一般・低所得・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ		
	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			
市区町村長証明欄	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世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、 _____、 _____、 _____ _____、 _____、 _____、 _____ 市区町村長名 <span style="float:right">印</span>			
上記の通り申請いたします。 平成 年 月 日 組合員 住所 _____ _____ 氏名 <span style="float:right">印</span> 建設連合国民健康保険組合理事長殿 電話 _____				

(注意事項)  
 保険証に記載されている世帯全員の所得証明書(非課税証明書)を添付して申請して下さい。  
 長期入院者(減額対象者として申請月を含む12カ月以内の入院日数が90日を超えた者)に該当する場合は、医療機関が発行する入院期間を証明できる領収証を減額認定証に添えて申請して下さい。(低所得・低所得Ⅱのみ)

本部  
 受付印

処理欄	認定年月日	台帳
	年 月 日	

支部  
 受付印