

国民健康保険  
 限度額適用  
 標準負担額減額  
 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

①	被保険者証の記号番号	宮医		
組合員 (申請者)	住 所			
	氏 名			組合員の種類
	生年月日	昭・平	年 月 日	性別
対象者	氏 名			組合員との続柄
	生年月日	昭・平	年 月 日	性別
	療養予定期間	平成	年 月 日	～ 平成 年 月 日

② 所得区分 (該当する区分に✓チェックしてください)

医師国保加入者で同一世帯に属する方の総所得等－基礎控除330,000円の合計額が、

- 901万円超の世帯・・・添付書類は不要です。
- 901万円以下の世帯・・・源泉徴収票、確定申告書(写)、所得証明のいずれかを添付願います。
- 非課税世帯の方・・・下記の市区町村長証明欄に証明してもらるか、非課税証明書を添付願います。

市区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世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に、平成 年 月 日 市(区)町村長名 <span style="float: right;">㊟</span>
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当 (申請日の前1年間で91日以上入院履歴がある場合)

↓  
ここから下は非課税の長期入院該当の方のみ記入して下さい。

申請日の前1年間の入院期間(日数)	入院をした保険医療機関等	
平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( )日	名 称	
	所在地	

③ 認定証受取方法 (希望される受取方法にチェックしてください)

- 郵送での受取を希望する場合

送付先	
-----	--

- 医師国保窓口での受取希望

④ 上記のとおり申請します。 平成 年 月 日

〒  
 組合員 住所  
 (申請者)  
 氏 名 印

TEL

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

組合記入欄	発行日 年 月 日	備考	
	限度額判定 ア・イ・ウ・エ・オ		D L

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。