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

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	第1種 ・第2種
	生年月日	昭・平　年　月　日	性 別	男 ・ 女
対象者	氏　名		組合員との続柄	
	生年月日	昭・平　年　月　日	性 別	男 ・ 女
入院予定期間		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日		

②

長期入院	該当 ・ 非該当	(申請日の前1年間で91日以上の入院履歴がある場合)

⬇ ここから下は長期入院該当者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	
1	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで (　　)日	名 称	
		所在地	
2	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで (　　)日	名 称	
		所在地	

③ 所得区分 (該当する区分に✔チェックしてください)

☐ 上位所得者 (標準報酬月額約53万円以上の方) ・・・・添付書類は不要です

☐ 一般所得者の方・・・・源泉徴収票、確定申告書 (写)、所得証明のいずれかを添付して下さい

☐ 非課税の方・・・・・下記の市区町村長証明欄に証明してもらうか、非課税証明書を添付してください

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　　年度の市 (区) 町村民税が**課されない**ことを証明する。 平成　年　月　日 市 (区) 町村長名　㊞

④ 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

⑤ 上記のとおり申請します。　平成　年　月　日

〒

組合員 (申請者)　住 所

氏 名　㊞

TEL

宮城県医師国民健康保険組合理事長　様

D L

組合記入欄	発行日　年　月　日	備考	
	限度額判定　A ・ B ・ C		

※ 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。