

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
療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

② 世帯の所得区分 (該当する区分に✓チェックしてください)

- 住民税課税所得が690万円以上、あるいは145万円未満で課税対象の場合は高齢受給者証が限度額適用認定証となりますので、医療機関には高齢受給者証をご提示ください。(申請は不要です。)
- 高齢受給者証の発行(交付)に際してご提出いただいた課税明細で判定できない場合は、下記の書類の再提出をお願いする場合がございますので、組合まで一度ご連絡ください。**
- 690万円未満の世帯……住民税課税明細書、住民税課税証明書のいずれかを添付願います。
 - 非課税世帯の方……非課税証明書(収入金額記載のもの)を添付願います。



ここから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	名称	
平成 年 月 日まで ()日	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	現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	

※ 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。

郵送先: 〒980-0805 仙台市青葉区大手町1-5 医師国保組合 宛
問い合わせ先: TEL 022-227-0516