

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

記入例

認定申請書

| | | |
|--|--|--|
| 被保険者証記号番号 | 薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 | |
| 適用・減額対象者の氏名・生年月日 | 薬国 花子 | 適用・減額対象者の個人番号（マイナンバー） |
| | 昭和 平成・令和 99年99月99日 | 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 |
| 入院・通院等認定証申請の目的 | <input type="checkbox"/> 今後、入院・通院予定 <input checked="" type="checkbox"/> 現在、入院中・通院中 | 利用開始の希望年月をご記入ください。 ※申請月の前月より前には遡れません。 |
| 初回申請適用希望年月（更新・再交付は記入不要） | 令和99年99月1日から適用希望（※申請月の前月より前には遡れません） | |
| 第三者行為又は業務上の事故 | <input type="checkbox"/> 第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 | |
| 認定証の送付先 ※自宅、薬局（本店）以外に送付を希望の場合は送付先住所を記入してください。 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> 薬局宛（本店） <input type="checkbox"/> その他（送付先住所 〒 _____ ） <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-top: 5px;">認定証は簡易書留で送付いたします。 受け取り可能な送付先をご記入ください。</div> | |

《長期入院》世帯の所得が低所得（住民税非課税世帯）の方で、申請月を含む過去12ヶ月間の入院日数が90日を超えると食事代が減額されます。対象の方のみ、以下に入院歴を最近から順に記入してください。

| | | | | |
|---|--------|-----|-----------------------------------|------------|
| 1 | 保険医療機関 | 名称 | | 年 月 日より |
| | | 所在地 | 長期入院に該当（住民税非課税世帯）の方のみ ご記入ください。 | 年 月 日まで 日間 |
| 2 | 保険医療機関 | 名称 | | 年 月 日より |
| | | 所在地 | | 年 月 日まで 日間 |
| 3 | 保険医療機関 | 名称 | | 年 月 日より |
| | | 所在地 | | 年 月 日まで 日間 |

上記のとおり申請いたします。

*記入された年月日

令和99年99月99日

*組合員本人がご記入ください

申請者住所 **大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号**

(組合員)

氏名(自署) **薬国 太郎**

電話番号 **06 (6〇〇〇) 〇〇〇〇**

申請者の個人番号（マイナンバー）

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------|--|------|--|-------|------|----------|-------|--|--|--|
| 受 付 印 | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ | 保険種別 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 | | 発効期日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | | 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ | 長期入院 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 申請区分 | <input type="checkbox"/> 初回申請 <input type="checkbox"/> 年度更新 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 世帯構成の変更 <input type="checkbox"/> 長期入院による変更 | 決 裁 | 理 事 | 事 務 長 | 課 長 | 主 担 当 | 副 担 当 | | | |
| 令和 年 月 日決定 | | | | | | | | | | | |