

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額

認定証交付申請書

被保険者証の記号番号							
限度額適用 ・ 減額対象者	フリガナ						性別
	氏名						
	個人番号 (マイナンバー)	●	●	●	●	●	
	生年月日	・昭和 ・平成 ・令和	年	月	日	歳	第Ⅰ・Ⅲ種 組合員 との続柄
入院・外来 医療機関	名称						
	所在地	〒	-	TEL	-	-	
入院・外来 予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

勤務先医療機関 住所 〒
名称
連絡先 TEL - -

・第Ⅰ種 組合員 住所 〒
・第Ⅱ種
(第Ⅰ種=事業主
第Ⅱ種=従業員) 氏名

個人番号 (マイナンバー)

※限度額適用対象者と組合員(世帯主)が同じ場合は記入不要。

連絡先 TEL - -

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 殿

限度額認定証送付先住所 上記ご自宅住所と異なる 場合はご記入ください	〒 住所:	氏名:
--	----------	-----

◎申請上の注意事項

・この申請書は、厚生労働大臣が定めた入院・外来費用の窓口支払額を、法定自己限度額に留める場合に申請するものです。