

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

和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

申請日 令和 ○○年 4月 1日

申請者	被保険者証記号番号	和 302 <span style="color: red;">12 345 67</span>									
組 合 員	住 所	和歌山市大松原1丁目1-1									
	氏 名	和歌山 県太郎									
	マイナンバー	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	生年月日	昭	平	○○	年 1月 1日				男	・ 女	

※ 今回、「認定証」が必要な方についてご記入ください。

限度額適用 減額対象者	氏 名									組合員との続柄			
	マイナンバー												
	生年月日	昭	平	令	年 月 日				男 ・ 女				
	今回「認定証」が必要となった原因は、第三者行為(交通事故等)によるものですか。											はい ・ いいえ	
	長期入院	該 当 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">非該当</span>											

長期入院該当とは、保険証に名前のある方全員が、該当年度の市町村民税が非課税で、かつ、入院期間が申請日の前1年以内に90日を越えた場合です。  
 長期入院に該当した場合、さらに自己負担額が下がります。

長期入院に該当する場合は、申請日の前1年間の入院について、下の表に直前の入院を①に、以下、順に遡って記載してください。

該当する場合に記入してください。

①	入院期間・日数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで入院 日間										
	入院した 保険医療機関等	名 称										
		所 在 地										
②	入院期間・日数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで入院 日間										
	入院した 保険医療機関等	名 称										
		所 在 地										
③	入院期間・日数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで入院 日間										
	入院した 保険医療機関等	名 称										
		所 在 地										

組合使用欄

1 限度額	2 標準負担額	3 限度・標準負担額	長期
発効期日	交付年月日		区分