

支部名	支部								認定証発行
処 理 決 裁	支部受付	国保受付	審 査	係 長	課 長	事務局(次長)	常務理事	専務理事	

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

★この太枠の中に記入してください。 個人番号は忘れずに記入してください。

①受診した(する予定の)人を記入してください。		標準負担(食事等の負担)の減額対象者は、 非課税世帯の被保険者です。	
保 険 証 番 号	()		
受 診 者	氏 名	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	続 柄	年 齢	歳
②受診した(する予定の)期間と病院名を、年度ごとに記入してください。 ★必ず記入してください。			
○令和4年8月から令和5年7月までの入院			
①	月 日から 月 日まで	受診日数 日	病院名
●令和5年8月から令和6年7月まで(受診が途切れたら別々に記入してください)			
①	月 日から 月 日まで	受診日数 日	病院名
②	月 日から 月 日まで	受診日数 日	病院名
交 付 必 要 開 始 年 月	令和 年 月		
●埼玉土建国民健康保険組合理事長様 上記の通り申請します。 年 月 日 組合員 氏名 住所 電話			

国 保 認 定 欄	限度額認定	70歳以上	現役並みⅡ	現役並みⅠ	低所得Ⅱ	低所得Ⅰ	
		70歳未満	ア901超	イ600~901	ウ210~600	エ210以下	オ非課税
		認定証発効日	年 月 日				
	減額認定	認定証発行日	年 月 日	遡及減額開始日			年 月 日
	長期減額認定	認定証認定日	年 月 日	遡及長期開始日			年 月 日
差額支給予定	なし あり→ 食事負担金だけ 食事負担金と医療費差額の両方						

【申請する場合の注意事項】

組合員の身元確認書類と番号確認書類、受診者（限度額認定証が必要な人）の番号確認の提示が必要です。
（郵送で申請する場合は写しを添付してください）

番号確認書類	身元確認書類
下記のいずれか一つ <input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票	下記のいずれか一つ。ただし、「その他」の場合は2点必要。 <input type="checkbox"/> 個人番号カード（表） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ※保険証・住民票・年金手帳など2点必要

個人番号をそれぞれご記入ください

組合員の個人番号	
-----------------	--

受診者の個人番号	
-----------------	--

【個人情報の取扱いについて】 ご記入いただいた個人情報は、国保組合が保険証の発行、保険料の徴収、給付金の支給など国民健康保険に関する業務を目的に利用しており、他の目的に使用することは法令に基づく場合を除いてありません。

【個人番号の利用目的について】 当国保組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

----- 組合員の方は以下は記入しないでください -----

【支部控え】

支部確認欄（確認した書類をチェックしてください）	
番号確認	身元確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（表） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ※保険証・住民票・年金手帳など2点必要

※個人番号付住民票はコピー不可です

支部受付・確認