

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

被保険者証	記号	全歯	番号	枝番
限度額適用減額対象者	氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		
	個人番号（マイナンバー）			
発症または傷病の理由	1：第三者行為（交通事故） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疫病等）			
長期入院	該当・非該当（※申請日の前1年間入院日数が91日以上の場合は長期入院該当）			

【住民税非課税世帯で、長期入院に該当した方は①②③を記入して下さい。】

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称	所在地	

※適用区分の判定に必要な所得情報は、番号法第19条7号により市区町村へ照会します。何らかの理由により所得情報が確認できない場合は、市区町村で発行した所得証明証が必要となります。

上記のとおり申請します。 申請日 年 月 日

申請者 (組合員)	住所	〒		
	氏名	電話番号		
	個人番号（マイナンバー） ※限度額適用減額対象者の場合は不要			
申請代行者欄	氏名	印	被保険者との関係	
	電話番号	()	代行の理由	

※該当年1月1日時点の住民票上の住所が異なる場合、以下に記入して下さい。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	処	判定区分	理	ア	イ	ウ	エ	オ	Ⅱ	Ⅰ	低1	低2
係	支部長	支部常務	係									

