

(この欄は記入しないで下さい)

|       |   |      |                      |                                      |               |
|-------|---|------|----------------------|--------------------------------------|---------------|
| 常務理事  | 事務局長  | 課長   | 係                    | 受付日付                                 | 整理番号          |
|       |   |      |                      |                                      | 年度<br>—       |
| 認定区分  | A 基本 = 「ア」、「イ」、「ウ」、「エ」、「オ」<br>B 長期入院 = 1. 該当 2. 非該当 |      |                      | A 初回申請, 年度更新, 世帯構成の変更<br>B 長期入院による変更 |               |
| 発効期日  | 令和 年 月 日  | 有効期限 | 令和 年 月 日             | 種別                                   | 税・従・家<br>資格取得 |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日  | 備考   | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 |                                      |               |

(太枠内を記入してください)

|         |           |                  |     |        |  |                    |        |                      |  |
|---------|-----------|------------------|-----|--------|--|--------------------|--------|----------------------|--|
| 国民健康保険  |           | 限度額適用<br>標準負担額減額 |     |        |  | 認定申請書              |        |                      |  |
|         |           | 限度額適用・標準負担額減額    |     |        |  | (令和6年8月~令和7年7月診療分) |        |                      |  |
| 減額対象者   | 被保険者記号・番号 |                  | 税 国 |        |  |                    | 認定証送付先 |                      |  |
|         |           |                  |     |        |  |                    | 事務所・自宅 |                      |  |
|         | 氏名        |                  |     |        |  | 生年月日               |        | 昭和<br>平成 年 月 日<br>令和 |  |
|         | 個人番号      | .....            |     | .....  |  | 長期入院(注1)           |        | 交通事故等の第三者行為          |  |
| 組合員との続柄 |           |                  |     | 該当・非該当 |  | 有・無                |        |                      |  |

★ここから下は長期入院該当の方のみご記入下さい。

|                 |     |                          |  |
|-----------------|-----|--------------------------|--|
|                 |     | 入院日数合計( )日間              |  |
| ①<br>保険医療<br>機関 | 所在地 | 申請日前1年間の入院期間(日数)         |  |
|                 | 名称  | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>日間 |  |
| TEL ( )         |     |                          |  |
| ②<br>保険医療<br>機関 | 所在地 | 申請日前1年間の入院期間(日数)         |  |
|                 | 名称  | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>日間 |  |
| TEL ( )         |     |                          |  |
| ③<br>保険医療<br>機関 | 所在地 | 申請日前1年間の入院期間(日数)         |  |
|                 | 名称  | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>日間 |  |
| TEL ( )         |     |                          |  |

上記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日 (〒 - ) TEL ( )

住所 \_\_\_\_\_

組合員(申請人) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

近畿税理士国民健康保険組合理事長殿

- (注) 1. 「オ」の方で、長期入院(申請月を含む前12ヵ月以内に90日以上入院した場合)に係る申請をする際には申請前一年間の入院歴を(B)に記入の上、同期間の食事費用に対する「領収書」等と、すでに「減額認定証」をお持ちの場合はその証を添えて、申請して下さい。
2. 所得の判定は当組合加入の被保険者世帯単位で判定します。世帯の構成が変わった場合は再度所得の判定を行いますので届け出て下さい。

マイナ保険証(※)を利用すれば事前手続きなく、高額療養費制度の限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。