

(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
認定区分	A 基本 = 現 [ I ・ II ]、低 [ I ・ II ] 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 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 資格取得
交付年月日	令和 年 月 日	備考	昭和 平成 年 月 日 令和		

(太枠内を記入してください)

<b>限度額適用 国民健康保険 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額</b>						認定申請書	
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				長期入院 (注1)	第三者行為によるものですか?	
	個人番号				該当・非該当	はい・いいえ	

(A) 基本申請; 高額な医療を受ける予定 あるいは 現在入院又は通院をしている保険医療機関名などを記入して下さい

保険医療機関	所在地		年 月 日より
	名称	TEL ( )	( 予定・入院又は通院中 )

(B) 長期入院(低所得者のみ記入); 申請月を含む前12ヵ月以内に90日以上入院した場合にはその入院歴を最近分から順に記入して下さい

① 保険医療機関	所在地		年 月 日から
	名称	TEL ( )	年 月 日まで 日間
② 保険医療機関	所在地		年 月 日から
	名称	TEL ( )	年 月 日まで 日間
③ 保険医療機関	所在地		年 月 日から
	名称	TEL ( )	年 月 日まで 日間

現 [ I ・ II ]、低 [ I ・ II ] に該当しますので、上記のとおり申請します。

※いずれかに○印をつけてください。

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. 低II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. 世帯の構成(70歳以上の方のみ対象)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。