記　入　例

国民健康保険　限度額適用 限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

※赤字の部分を記入してください。

組合員が記入する欄

被保険者証記号番号	2899999		
対象者氏名	建設　太郎	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 △ 月 × 日
		対象者の個人番号	○○××△△○○××△△
世帯の所得区分	上位１［ア］・上位２［イ］・一般１［ウ］・一般２［エ］・低所得［オ］		
70歳以上の所得区分	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ		
長期入院	該当・非該当		

対象の方のマイナンバー通知カード、もしくは個人番号カードに記載されている数字１２桁をご記入ください。

※長期入院に該当する方は下の欄も記入してください。な　　等）が必要です。

組合員記入欄（長期入院該当の場合）

	申請日の前1年間の入院期間		
①	年　月　日から　年　月　日まで（　日間）	名称	
		所在地	
②	年　月　日から　年　月　日まで（　日間）	名称	
		所在地	
③	年　月　日から　年　月　日まで（　日間）	名称	
		所在地	

市区町村長記入欄

下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に＿＿＿年度の市（区）町村民税が課されていないことを証明する。

＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿

市区町村長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

組合員が記入する欄

上記のとおり申請します。

令和　○年　××月△△日

（〒 604－8162　）

住所　京都府京都市中京区烏丸通六角下ル第 11 長谷ビル

組合員　氏名　建設　太郎　（建設）

個人番号（組合員）　○○××△△○○××△△

電話（日中連絡先）　075－211－5844

建設連合国民健康保険組合殿

支部確認欄

組合員の署名・捺印してください。

組合員のマイナンバー通知カード、もしくは個人番号カードに記載されている数字１２桁をご記入ください。

《申請をするときの注意》

申請には必要な書類があります。詳しい手続きは、書類を提出する前に京都府支部にお問い合わせください。　☎075-211-5844