

希望郵送先（ 診療所 ・ 自宅 ） ※自宅の場合は被保険者証に記載されている住所

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号	歯			男 ・ 女			
減額対象者	氏 名			生年月日	年	月	日
	組合員との続柄			長期入院	該当 ・ 非該当		
個人番号							
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年	月	日から	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	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	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称					
所在地							
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称					
所在地							
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称					
所在地							

組合員とその世帯に属する被保険者が、住民税非課税世帯の場合は次の証明が必要です。

市町村長が 証明する欄	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組合員及びその世帯に属する被保険者に平成 _____ 年度の市町村民税が課されないことを証明する。
	_____ : _____ : _____ : _____ _____ : _____ : _____ : _____ 市町村長名 ㊟

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住所
組合員 _____
氏名 _____

㊟

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。