記入例

事務長	係

組合使用欄		
	発効期日	
	有効期限	
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ

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

埼玉県薬剤師国民健康保険組合　理事長　様

下記のとおり、申請します。

申請年月日　令和○○年○○月○○日

被保険者記号番号	記　号	1234	番　号	1234567　－ 8	
組合員	住　所	〒○○○-△△△△ さいたま市浦和区仲町1－2－3		TEL（日中の連絡先） ○○○（□□□）△△△△	
	氏　名	埼薬　太郎	生年月日	昭・平　42　年　10　月 19　日	
	個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	性　別	男・女	
限度額適用減額対象者	氏　名	埼薬　花子	生年月日	昭・平・令　48　年　4　月 20　日	
	個人番号（マイナンバー）	2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4	性　別	男・女	
	組合員との続柄	妻	長期入院（91日以上）	該当・非該当	
送付希望先	住　所	上記記入した住所と別の所に送付を希望する場合にご記入ください。 〒　　－			
	宛　名		TEL（日中の連絡先）	（　　）	

※1年以内に入院歴がある場合記入してください

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

《　個人番号の利用目的について　》

当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※郵送による申請の場合、個人番号を記入するため、簡易書留等の追跡可能な方法で送付してください。

※マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定書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。