事務長	係

	発効期日	
使組 用	有効期限	
欄合	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

ト記のとお	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	<u>-</u>		耄	番号			_	_
40 A D	住所	_				TEL(日	中の連約 (	各先) )	
組合員	氏 名				生年月	日 昭・	平	年 月	目
	個人番号 (マイナンバー)				性	別	男	· 女	
限度額適用	氏名				生年月	日昭・平	· 令	年	月日
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	個人番号 (マイナンバー)				性	別	男	· 女	
減額対象者	組合員との続柄		<del>-</del> -		長期入(91日以		該当	・非該当	
送付希望先	住 所 〒		た住所と別の所 —	に送付			ださい。		
	宛 名				TEL (日中の連絡	先)	(	)	
	請日の前1年間の入院期	閉間(日数)	令和 令和	年年	月 月	日から 日まで		日	間
入院をした保険医療機関等		名 称 所在地							
申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 令和	年年	月 月	日から 日まで		日	間	
②	院をした保険医療機関等	<u>\$</u>	名 称 所在地						
	請日の前1年間の入院期	閉間(日数)	令和 令和	年年	月 月	日から 日まで		日	間
③ 入院をした保険医療機関等		<u> </u>	名 称 所在地						
4	請日の前1年間の入院其	閉間(日数)	令和 令和	年年	月 月	日から 日まで		日	間
	院をした保険医療機関等		名 称 所在地						

※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。

<sup>※</sup>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。