

限度額適用

国民健康保険 療養標準負担額減額 認定申請書

限度額適用 ・ 標準負担額減額

被保険者証	記号	74-	番号		
適用対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
今回の申請は、第三者行為(交通事故等)によるご利用ですか。			(はい ・ いいえ)		
上記のとおり適用認定の申請をいたします			年 月 日		
申請者(組合員)		住所 _____			
		氏名 _____			
		電話 _____			
東京芸能人国民健康保険組合 理事長殿					

※上記太枠内の項目をご記入ください。なお、組合員以外の代理人が申請する場合は別紙委任状が必要です。

組 合 記 入 欄						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日まで		日間	
			年 月 日まで			
	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 日まで		日間	
			年 月 日まで			
	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 日まで		日間	
			年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等		名称			
		所在地				
適 用 区 分					長期入院	保険料
ア	イ	ウ	エ	オ	該当・非該当	
現役並みⅠ	現役並みⅡ	低Ⅰ	低Ⅱ	個人番号 _____		