

【 記 入 例 】

**ご記入・捺印の上、
組合まで返送して下さい。**

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

被保険者記号・番号		道歯〇〇-〇〇-〇〇		捺印して下さい。	
世帯主 (組合員)	住所	組合員本人の住所			
	氏名	組合員本人の氏名	印	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 男・女
減額対象者	氏名	認定証該当者の氏名	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄		本人、妻、長男等		
長期入院	該当・非該当				
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	年	月
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	年	月
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	年	月
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	年	月

記入の必要はありません

上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 ← 提出日

組合員 住所 〇 〇 〇 〇 〇
氏名 組合員本人の氏名を記入して下さい。 印

捺印して下さい。

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様

市区町村長が
証明する欄

下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)町村民税が課されないことを証明する。

令和 年 月 日

市区町村名 印

記入の必要はありません

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

被保険者記号・番号		道歯 — —					
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名	印	生年月日	年	月	日	男・女
減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄						
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	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	日から	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	日から	日間
				年	月	日まで	
	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
				年	月	日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 (提出日)

組合員 住所
 氏名

㊟

北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様

市区町村長が 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)町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____、 _____、_____、_____、 令和 年 月 日 <p style="text-align: center;">市区町村名</p>
---------------------	---

㊟