入力したデータを全てクリアする

国民健康保険　限度額適用 限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

※受付日付印

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

下記のとおり、申請いたします。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

太枠内の必要箇所に記入し、□には該当するものに✔を入れてください。

組合員情報	被保険者証	記　号	８５－	番　号		
	氏　名			生年月日	S・H・R	年　月　日
	住　所	〒　－				
	電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）				
	マイナンバー（個人番号12桁）					

認定対象者欄	療養を受ける方（組合員の場合は、記入の必要がありません。）	氏名		生年月日	S・H・R	年　月　日
	組合員との続柄		傷病の原因	□ 業務上　□ 第三者行為　□ その他		
	療養予定期間（申請期間）	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日				

以下は世帯の所得が低所得（住民税非課税世帯）の方のみご記入ください。

1、療養する方は、長期入院されましたか？　□ はい（合計日数　　日）　□ いいえ

※ 長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。

2、1で「はい」と答えた場合、医療機関名、医療機関所在地及び入院期間をご記入ください。

医療機関名

医療機関所在地

入院期間　令和　年　月　日　～　令和　年　月　日

送付希望先	組合員住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住　所	〒　－		
	宛　名		電話番号	

組合記入欄

決裁	常務理事	事務局長
	令和　年　月　日	

発効期日		有効期限			
所得区分		世帯人数			
世帯総所得額合計		名簿入力		送付	
ア 901万円超　イ 600万円超　ウ 210万円超　エ 210万円以下　オ 非課税					

被保険者資格の有無	検　印	担当者	係収受
有・無			