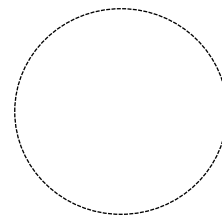


国民健康保険

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)									性別

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	<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい(合計日数 日) <input type="checkbox"/> 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

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	<input type="checkbox"/>
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		送付	<input type="checkbox"/>

被保険者資格の有無	検印	担当者	係收受
有・無			