

理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

被保険者証記号番号	石医 -													
限度額適用対象者	氏名		個人番号											
	組合員との続柄		生年月日											

①～③は長期入院(申請日の前1年間の入院日数が91日以上)に該当する方で非課税世帯の場合は、記入してください。

①	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から				日間	
		令和 年 月 日まで					
①	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から				日間	
		令和 年 月 日まで					
②	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
③	申請日の前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から				日間	
		令和 年 月 日まで					
③	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住 所

組 合 員 氏 名

個人番号														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号(日中の連絡先) TEL ()

石川県医師国民健康保険組合理事長様

○マイナンバーカードを健康保険証として利用登録することで、マイナンバーカードを使って医療機関を受診することができます。

○マイナ保険証を利用登録すれば事前の手続きなく、療養に係る医療費の窓口負担が自己負担限度額までとなりますので限度額適用認定証の事前申請は不要となります。

交付年月日	令和 年 月 日	適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ
発効年月日	令和 年 月 日	長期入院	該当		非該当		
回収年月日	令和 年 月 日	身元確認	個人番号カード		運転免許証	パスポート	
有効期限	令和6年7月31日		他()				