事務長	係

◆適用区分につきましては、個人番号を用いて情報連携から取得した所得情報により判定致します。◆

国民健康保険　限度額適用 限度額適用・標準負担額減額　認定証申請書

申請日　令和　　年　　月　　日				
被保険者記号番号	井　薬　　－　　－　　（枝番）			
限度額適用対象者	個人番号（マイナンバー）		＜被保険者番号を記入した場合は記入不要＞	
	氏　名			
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	男　・　女	
	組合員との続柄			
療養期間　（予定）　※必須		令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで		日間
医療機関名　※必須		名称		
		所在地		
※申請日の前1年間、長期入院（91日以上）について		該当　・　非該当		
①	※上記該当の場合、申請日の前1年間の入院期間	令和　　年　　月　　日から		
		令和　　年　　月　　日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

※上記の通り申請します。　　令和　　年　　月　　日

組合員

〒　　－

住　所

氏　名

個人番号（マイナンバー）　＜被保険者番号を記入した場合は記入不要＞

電話番号　　－　　－

◆マイナンバーを記入した場合・・・・申請者（組合員本人）の**通知カード（写）と運転免許証（写）を添付願います。**

認定証送付先	送付希望先に〇をして下さい。　（　勤務先　・　自宅　・　※その他　）
	※　その他の場合の送付先住所をご記入下さい。 〒　　－ TEL

マイナ保険証(※）を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので。
マイナ保険証をぜひご利用下さい。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

※組合記入欄

発行期日	／　／
有効期限	／　／
適用区分（所得判定）	ア・イ・ウ・エ・オ 現役並みⅠ　・　現役並みⅡ