

被保険者証記号番号		31-			送付先	自宅・勤務先
組合員	住所	(電話)				
	氏名	①		生年月日 (西暦)	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)			年齢	歳	
対象者	氏名			生年月日 (西暦)	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)			年齢	歳	
	組合員との 続柄	第三者行為 (交通事故等)		該当・非該当		

※太枠内をすべてご記入下さい。

【個人番号（マイナンバー）の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

下記の欄は、住民税非課税世帯の方で、直近12カ月間の入院日数が合計91日以上になる場合のみ記入してください。 ※入院の事実のわかる証明書（入院証明書・領収証等）を添付して下さい。

①	申請日の前1年間の入院期間	西暦 年 月 日 から 日間	
		西暦 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	西暦 年 月 日 から 日間	
		西暦 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	西暦 年 月 日 から 日間	
		西暦 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	西暦 年 月 日 から 日間	
		西暦 年 月 日 まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
		長期入院	該当・非該当

適用区分	現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ ア・イ・ウ・エ・オ					
決裁	常務理事	事務長	次長	主幹	主査	係
年 月 日 決定						

受付日付印

令和4年1月1日現在の住所 ※現住所と同一の場合は記入不用	
----------------------------------	--

限度額適用認定書 送付希望先住所 ※自宅・勤務先以外の場合	〒 —
宛 名	
上記送付先を希望する理由	

備 考 欄	
-------	--

太枠内に必要事項を記載の上、ご申請ください。

受付した月の初日から適用の限度額認定証をお送りいたしますので、医療機関等の窓口でご提示ください。医療機関等の指示により、適用月を遡る場合は、その旨備考欄にご記入ください。

高齢受給者証をお持ちの方で【一般】と【現役並みⅢ】に属する方は、限度額適用認定証は不要です。

所得の証明について (添付不要になりました)	行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律により、個人番号(マイナンバー)を利用できる具体的な手続きの項目として、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第1号又は第2号の保険者の認定(限度額適用認定証の申請の確認)が定められておりますので、認定証が必要となる当該年の所得の証明について、情報連携により照会させていただきます。
---------------------------	---