第 67 号様式

国民健康保険　限度額適用 / 標準負担額減額 / 限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

被保険者証の記号番号	（枝番）				
組合員氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	男・女	
認定申請をする者	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	男・女
	組合員との続柄		個人番号		
申請の原因は労災や第三者行為（交通事故、闘争等）によるものですか？		は　い（　　） いいえ			

長期入院	該当・非該当		
①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	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（日数）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

所得を証明する書類を添付の上、上記のとおり申請します。

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

組合員　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

個人番号（12 桁）	

※申請書に添付された所得確認書類は、高額療養費の区分判定以外には使用しません。

処理欄	所得確認書類		所得区分判定		発効年月日	年　月　日

〈備考〉
個人番号（12 桁）欄にはマイナンバーを記入すること。
※後期高齢者組合員は記入不要

理事長	常務理事	事務長	係

【個人番号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「国民健康保険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。

2022.04.01