

国民健康保険 { 限度額適用 (69歳以下)  
標準負担額減額 } 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

以下の通り申請します。

被保険者証番号	沖医国	申請年月日	令和	年	月	日
世帯主 (組合員)	住所					
	氏名	印	生年 月日	昭・平・令	年	月 日 男・女
	個人番号(マイナンバー)					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月 日 男・女
	個人番号(マイナンバー)					
	世帯主(組合員)との続柄		長期入院		該当・非該当	
傷病の理由	1.第三者行為(交通事故等) 2.業務上の災害(通勤災害等) 3.その他(自損事故・疾病等)					

所得区分について (該当する区分にチェック☑を入れてください)

同一世帯で医師国保に加入する方の年間所得合計 (総所得から基礎控除額33万円を引いた額) が、

- 901万円超の世帯 → 添付書類は不要
- 901万円以下の世帯 → 確定申告書B表(写)又は、役場にて発行の所得証明証のいずれかを添付
- 非課税世帯の場合 → 役場にて発行の非課税証明書(所得金額記載のもの)を添付

※ 以下の欄は非課税世帯で長期入院該当の方のみご記入下さい。

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

事務 処理 欄	所得を確認する ための証明書	有 ・ 無	交付年月日	令和	年	月	日
	限度額判定	ア・イ・ウ・エ・オ	発行期日 有効年月日	令和	年	月	日