

国民健康保険 { 限度額適用(70歳以上)  
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	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 ※○をつける	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課税所得が、

- 690万円超の世帯、又は、145万円未満の場合 → 申請不要です。お手元の高齢受給者証が限度額認定証となりますので医療機関にご提出ください。
- 690万円未満の世帯 → 住民税納税通知書(課税額が分かるもの)のコピー、又は、役場にて発行の住民税課税証明証(所得金額記載のもの)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				

事務欄	所得を確認するための証明書	有 ・ 無	交付年月日	発行日	令和	年	月	日
	限度額判定	現並Ⅲ・現並Ⅱ・現並Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	発行期日 有効年月日	交付年月日 有効年月日	令和	年	月	日