

支部名	●●●● 支部								認定証発行
処理 決 裁	支部受付	国保受付	審査	係長	課長	事務局(次長)	常務理事	専務理事	
	所属支部をご記入ください								

受診した(する予定の)人の、保険証番号、氏名、
続柄、生年月日、年齢を記入してください

適用・標準負担額減額認定申請書

番号は忘れずに記入してください。

①受診した(する予定の)人を記入してください。		標準負担(食事等の負担)の減額対象者は、 非課税世帯の被保険者です。		
保険証番号	(●●) ●●●●●●			
受診者	氏名	国保 花子	生年月日	昭・平・令 ●年 ●月 ●日
	続柄	妻	年齢	● 歳
②受診した(する予定の)期間と病院名を、年		受診した(する予定の)期間と病院名を年度ごとに記入してください		
○令和5年8月から令和6年7月までの入...				
①	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●病院	
●令和6年8月から令和7年7月まで(受診が途切れたら別々に記入してください)				
①	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●病院	
②	●月 ●日から ●月 ●日まで	受診日数 ●日	病院名 ●●●●●病院	
交付必要開始年月	令和 ●年 ●月			
申請日、組合員氏名、住所、電話番号を記入してください		必要年月を記入してください		
●●年 ●●月 ●●日				
組合員氏名 国保 太郎				
住所 埼玉県さいたま市南区鹿手袋● - ● - ● ☎ ●●● - ●●● - ●●●●				

国 保 認 定 欄	限度額認定	記入不要			
	差額支払予定				

【申請する場合の注意事項】

組合員の身元確認書類と番号確認書類、受診者（限度額認定証が必要な人）の番号確認の提示が必要です。
 （郵送で申請する場合は写しを添付してください）

番号確認書類	身元確認書類
下記のいずれか一つ	下記のいずれか一つ。ただし、「その他」の場合は2点必要。
<input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（表） <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パスポート ※保険証・住民票・年金手帳など2点必要

個人番号をそれぞれご記入ください

国保太郎さんの個人番号をご記入ください

組合員の個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

国保花子さんの個人番号をご記入ください

受診者の個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

【個人情報の取扱いについて】ご記入いただいた個人情報は、国保組合が保険証の発行、保険料の徴収、給付金の支給など国民健康保険に関する業務を目的に利用しており、他の目的に使用することは法令に基づく場合を除いてありません。

【個人番号の利用目的について】当国保組合は、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事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

----- 組合員の方は以下は記入しないでください -----

【支部控え】

本人確認欄（確認した書類をチェックしてください）	
番号確認	身元確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票 <small>※個人番号</small>	<div style="border: 2px solid gray; padding: 20px; text-align: center; color: red; font-size: 24px; font-weight: bold;">記入不要</div>