適用期間：平成30年8月～令和元年7月診療分

受　付

常務理事	事務長	主事	係

限　度　額　適　用　認　定　申　請　書

認定対象者欄					
	被保険者証記号番号		9		
	対象者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		組合員との続柄	本人・家族
	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日		性別	男・女
	個人番号（マイナンバー）				
	入院の場合予定期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日			
	下記住所とは別のところに送付を希望する場合はその送付先	〒　－			
		宛名		電話	（　）　－

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

〒　－

組合員　住所　　TEL（　）　－

氏名　　㊞

個人番号

静岡県医師国民健康保険組合理事長　様

・個人番号制度の情報連携で所得区分が確認できない場合は、市民税・県民税納税通知書の写しまたは市民税・県民税課税（非課税）証明書の添付が必要になります。

・「旧ただし書所得901万円超世帯」に該当する場合は、次の欄に署名してください。（課税証明書等の添付を省略できます。）

平成30年度（平成29年中所得）が901万円を超える世帯であるため、課税証明書等の提出は省略し、「旧ただし書所得901万円超世帯」として承諾します。

組合員　氏名

㊞

※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利用法第9条別表第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。

※組合記入欄

交付年月日	令和　年　月　日	発効期日	令和　年　月　日	有効期限	令和　年　月　日
所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ　・　現役並みⅡ・現役並みⅠ				

ア 901万超　イ 600万超～901万以下　ウ 210万超～600万以下　エ 210万以下