

適用期間：令和3年8月～令和4年7月診療分

受 付

常務理事	事務長	次 長	係

限 度 額 適 用 認 定 申 請 書										
認 定 対 象 者 欄	被 保 険 者 証 号 記 号 番 号			9						(枝番)の後にある2桁は記入しないでください
	対 象 者 氏 名	(フリガナ)						組合員との 続 柄	本人・家族	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和		年		月		日	/	
	マイナンバー (個人番号)									
	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		続柄		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

マイナンバー (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)証明書の提出が必要になります。
- ◆ 認定証の発効期日は、申請のあった日の属する月の初日となり遡及できません。
- ◆ 毎年8月診療分から判定する所得年度が変更されます。
更新が必要な場合は更新手続きをしてください。

※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 オ 非課税