



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 (自署)	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 ※○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年間所得合計 (総所得から基礎控除額 43万円を引いた額) 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						

○マイナ保険証※を利用すれば事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定書の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証を是非ご利用ください。 ※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

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