

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

( 新規・再交付 )

申請日 令和 年 月 日

申請書記入者 氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

世帯主との続柄 \_\_\_\_\_

保険者証記号番号	袖				
世帯主	住所	袖ヶ浦市			
	氏名		電話	( )	
	個人番号		第三者行為	無・有	
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		世帯主(組合員)との続柄		

※ 申請以前の12ヶ月以内に90日以上入院がある方は下欄も記入ください。

申請日の前1年間の入院医療機関及び入院期間 (複数の医療機関に入院した場合はすべて記入下さい。)					
①	医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
②	医療機関	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)	年 月 日から	年 月 日まで	日間	

【市使用欄】 (長期入院確認 : 適用区分 オ・II)

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
長期入院 (適用区分 : オ・II)	該当 ・ 非該当	合計	日

限度額適用区分	(70歳未満) ア・イ・ウ・エ・オ (70歳以上) I・II・現I・現II	保険証	(納税課相談) (交付不可) 通常・短期・資格
申請者 確認書類	免許証・保険証 その他( )	受付	確認
		交付方法	
		窓口・郵送 (発送日 )	

※申請書記入者が、世帯主及び同一世帯の家族以外の場合は、委任状及び身分証明書の写しを添付

備考	※短期証の場合は、納税課担当者名および対応内容等を記入すること。 (納税課担当者名) (対応内容)
----	--