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 _____

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
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

【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
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	発行状況	・マイナ保険証 ・資格確認書 (発行不可) ・特別療養費
申請者 確認書類	・免許証 ・マイナンバーカード ・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