

記入例

国民健康保険 限度額

郵送する日付をご記入ください。

認定申請書

(新規・再交付)

申請日 令和 2 年 4 月 1 日

資格確認書に記載されている番号をご記入ください

申請書記入者 氏名 袖ヶ浦 一郎

電話 0000-00-0000

世帯主との続柄 本人

記号・番号	袖	00 00000			
世帯主	住所	袖ヶ浦市 坂戸市場1番地1			
	氏名	袖ヶ浦 一郎	電話	0000( 00 )0000	
	個人番号	0000 0000 0000	第三者行為	無・有	
限度額適用減額対象者	氏名	袖ヶ浦 一郎	生年月日	昭・平・令 00年00月00日	男 女
	個人番号	0000 0000 0000	世帯主との続柄		本人

※ 申請以前の12ヶ月以内に90日以上入院があった場合は、

申請日の前1年間の入院医療機関及び入院期間							
①	医療機関	名称					
		所在地					
	入院期間(日数)	年	月				
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

第三者行為について  
 第三者の行為によるケガの治療のために病院にかかる場合は「有」に丸をつけてください。  
 上記以外の理由で病院にかかる場合は「無」に丸をつけてください。  
 ※第三者行為が「有」の場合、限度額認定証が使用できない場合がありますので、ご注意ください。

【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