

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

有田市長 様

下記のとおり申請します。

申請日	令和	年	月	日
発行期日	令和	年	月	日

申請者	住所	有田市			
	氏名		男・女	電話番号	
被保険者記号番号		和 4		宛名番号	
世帯主	住所	有田市			
	氏名		男・女	電話番号	
	個人番号		- -		
限度額適用 減額対象者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号		- -		
	世帯主との続柄		疾病又は負傷は交通事故等の 第三者の行為によるものですか		はい ・ いいえ

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から		日間	
		年 月 日まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
所在地					
備考	本人確認方法				
	☐ 運転免許証		交付した 認定証※	① 限度額適用認定証	
	☐ 健康保険証			② 限度額適用・標準負担額減額認定証	
	☐ マイナンバーカード			③ 標準負担額減額認定証	
	☐ その他の証明書類		適用区分	ア イ ウ エ オ	
				現Ⅰ 現Ⅱ 低Ⅰ 低Ⅱ	
			長期入院	該当 年 月 日	
		非該当			