

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。

記入例

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 箕島1番地		
	氏名	箕島 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	電話番号 0737-82-1234
被保険者記号番号		和4	9999999	宛名番号
世帯主	住所	有田市 箕島50番地	申請者と同じの場合は同上で記	
	氏名	有田 太郎	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	電話番号 0737-83-1111
	個人番号		0000 - 1111 - 2222	
限度額適用 減額対象者	氏名	同上	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平・令 48年10月19日
	個人番号		0000 - 1111 - 2222	
	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 はい・いいえ		

病院にかかられる方です

マイナンバーをご記入下さい

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	交付した認定証※	
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	① 限度額適用認定証	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	② 限度額適用・標準負担額減額認定証	
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	③ 標準負担額減額認定証	
<input type="checkbox"/> 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	