

国民健康保険 限度額適用認定証交付

限度額適用・標準負担額減額認定証交付 申請書

		申請日	年	月	日
申請者 (世帯主)	被保険者証記号・番号		電話番号		
	記号	番号			
	み山				
	世帯主氏名		生年月日		
		昭和 <input type="checkbox"/>			
		平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日			
		令和 <input type="checkbox"/>			
住所					

認定対象者 (世帯主本人 の場合は記入 省略可) ■世帯主本人	氏名		生年月日		
			昭和 <input type="checkbox"/>		
			平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日		
		令和 <input type="checkbox"/>			
世帯主との関係		傷病の原因 ※省略不可			
<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)	
<input type="checkbox"/> 子		()		<input type="checkbox"/> 業務上の災害	
<input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> その他(疾病等)			

届出者 (世帯主、認 定対象者の場 合は記入省略 可) ■世帯主本人 ■対象者本人	氏名		電話番号		
	認定対象者との関係		住所		
<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 子		()			
<input type="checkbox"/> 父母					

<以下は記入不要です>

長期入院 (住民税非課 税世帯かつ過 去1年間の入 院日数が90日 を超える場合 は該当)	医療機関名		医療機関名		
	所在地		所在地		
申請月以前1年間の入院期間・日数		申請月以前1年間の入院期間・日数			
年 月 日から		年 月 日から			
年 月 日まで		年 月 日まで			
日間		日間			

受付者	本人確認書類	判定区分	〔収受印〕
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他()	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	