

国民健康保険 限度額適用 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証の 記号番号	珠		所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
				現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	
認定対象者	氏名			生年月日	年 月 日
	世帯主との 続柄		個人番号	長期入院	該当・非該当

※長期入院欄は、長期該当のみ記入すること。

長期入院欄	申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		日間			
	①	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
		入院をした 保険医療機関等	名称			
			所在地			
	②	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
		入院をした 保険医療機関等	名称			
			所在地			
	③	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
		入院をした 保険医療機関等	名称			
			所在地			
④	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした 保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	入院をした 保険医療機関等	名称				
		所在地				

(宛先)珠洲市長

上記のとおり認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話番号

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)		番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> その他()	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> その他