

**国民健康保険 認定申請書**  
限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

被保険者 記号・番号		課税区分 所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ
限度額適用 減額対象者	氏名	世帯主と の続柄	
	生年月日	年 月 日	個人番号
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無

※ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計( 日間)

長期入院欄	①	申請の日前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	申請の日前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	申請の日前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	申請の日前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	申請の日前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

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(世帯主と申請者が同一の場合  
は記入不要) 氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主と  
の続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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
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