

国民健康保険 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

※マイナンバーカードを被保険者証として利用する場合は、本認定証情報をマイナンバーカードで確認できるため、申請は必要ありません。

被保険者記号番号		精 一		一般・退職 ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ	
世帯主	住 所	精華町			
	氏 名			生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	個人番号				
減 額 対象者	氏 名			生年月日	昭 平・令 年 月 日
	個人番号				
	世帯主との続柄				
届出人	氏 名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		世帯主との続柄 ()	
	電話番号	()			
	住 所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		〒	

長 期 入 院		該 当 ・ 非 該 当	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日から 日間
	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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日から 日間
	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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日から 日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

※次の欄には記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日

申告	収納	処理欄

記入例

限度額適用
 限度額適用・標準負担額減額
 認定申請書

1	被保険者記号番号	精 00 — 00000	一般・退職 ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ
	2	住所	精華町 大字南稻八妻小字北尻70番地
2	世帯主	氏名	精華 太郎
	生年月日	大・昭 平・令	□□年 □□月 □□日
3	減額対象者	氏名	精華 花子
	生年月日	大・昭 平・令	△△年 △△月 △△日
3	個人番号	111111111111111111	
	世帯主との続柄	妻	
4	届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 精華 小太郎 世帯主との続柄 (子)
	電話番号	0774 (95) 1929	
4	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ	〒

長期入院期間	該当・非該当	令和 年 月 日から 日間
申請日	年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日から 日間

- ① 被保険者番号を記入してください。
- ② 世帯主の住所、氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印してください。
- ③ 減額対象者の氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印してください。
- ④ 届出人の氏名、続柄、電話番号、住所を記入してください。

有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当	令和 年 月 日
------	----------	--------	----------

申告	収納	処理欄

※必要事項を記入のうえ返送してください。
 ※国保税に未納がある場合は交付できません。

お問合せは、国保医療課国保係まで (Tel.95-1929)