

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定証 交付申請書

この申請書は、高額な受診や入院される方の医療費を、世帯の所得区分に応じて一定額までの窓口負担とする限度額の認定証の交付申請手続きに使用します。

<認定対象者> (受診や入院される予定の方)

フリガナ		生年月日	
氏名		個人番号	
		被保険者番号	
続柄	世帯主から見て	確認事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (長期入院該当) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (第三者行為の有無)

<長期入院該当者のみ記入> (過去12か月で合計91日以上)

	入院した医療機関名	保険医療機関所在地	申請日の前1年間の入院期間 (日数)
①			/ / ~ / / (日間)
②			/ / ~ / / (日間)
③			/ / ~ / / (日間)
④			/ / ~ / / (日間)
⑤			/ / ~ / / (日間)

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

見附市長 様 上記のとおり申請します。		(申請日)	年	月	日
フリガナ		個人番号			
氏名	署名	電話番号	-	-	
住所	(建物名等)				

見附市使用欄

発効期日	年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
有効期限	年 月 日		低I・低II
長期該当	年 月 日		現役I・現役II

本人確認	提出方法	備考	課長	課長補佐	係長	係
①番・免・パ・手帳 他 ()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員 ()	No.	決 裁			
②証・年金・児童・ バス・社員・高齢証 他 ()	<input type="checkbox"/> 同住 () <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他 ()	処理 <input type="checkbox"/> 交 付 <input type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> 却 下		国保番号		
			宛名番号			

