

限 度 額 適 用
国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額

呉市長 様

下記のとおり、認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主（申請者）住所 _____

世帯主（申請者）氏名 _____ 印

世帯主（申請者）個人番号 _____

連絡先電話番号 _____

届出人（来庁者）氏名 _____

被保険者証番号		対象者個人番号			
対象者氏名		性別	男 ・ 女	世帯主との続柄	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	非自発的失業者		申請 ・ 未申請	
		第三者行為		有 ・ 無	

適用区分がオまたはⅡの方で、長期入院該当の申請をする場合は、以下も記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成・令和 年 月 日から	日間
		平成・令和 年 月 日まで	
	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）	平成・令和 年 月 日から	日間
		平成・令和 年 月 日まで	
	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）	平成・令和 年 月 日から	日間
		平成・令和 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

以下は呉市が使用します。

適用区分	一般・退職本人・退職扶養	ア・イ・ウ・エ・オ
	前期高齢者	低Ⅰ・低Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ

発効期日	令和 年 月 日	長期該当	長期該当	該当・非該当
交付年月日	令和 年 月 日		申請年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日		長期該当年月日	平成・令和 年 月 日
収納状況	完納・未納		入院91日目	平成・令和 年 月 日
		非自発的失業者	該当・非該当	

上記のとおり区分を認定し、証を発行してよろしいですか。

証作成	係員	主査	課長補佐	課長

受付印