

限度額適用認定証交付申請書
国民健康保険 標準負担額減額認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届出書

呉市長様

次のとおり、認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主)	住所		氏名	
	個人番号		電話番号	

(届出者が世帯主でない場合にご記入ください。)

届出人 (来庁者)	住所		氏名	
	昼間連絡のつく電話番号			

被保険者証番号		対象者個人番号	
対象者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
第三者行為	申請 ・ 未申請	非自発的失業者	申請 ・ 未申請

適用区分がオまたは低Ⅱの方で、長期入院該当の届出をする場合は、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)	令和 年 月 日から		日間
		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)	令和 年 月 日から		日間
		令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
所在地				

申請者(世帯主)以外の住所へ送付を希望する場合は記入してください。

送付先	住所	〒
	氏名(宛所)	

(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 前期高齢者	ア・イ・ウ・エ・オ 現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ
------	-----------------------	--------------------------------

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	令和 年 月 日
収納状況	完納・未納		入院91日目	令和 年 月 日
			非自発的失業者	該当・非該当

本人 確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 介護保険証
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	

認定証窓口交付
郵送(令和 年 月 日発送)

上記申請に基づき、認定証を交付してよろしいですか。

証作成	係員	課長補佐(GL)	課長

受付印
