

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 年 月 日
氏名 個人番号
続柄 世帯主から見て 本人・妻・子・他() 被保険者番号 神山 一
世帯区分 〇上位II(ア)〇上位I(イ) 〇現役並みI 〇現役並みII
〇一般II(ウ)〇一般I(エ) 〇現役並みIII
〇非課税(オ) 〇区分I 〇区分II 過去12か月で91日以上入院他
〇無 〇有(長期入院該当)
〇無 〇有(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)

Table with 3 columns: 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). Rows 1-5.

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

神山町長様 (申請日) 年 月 日
上記のとおり申請します。
フリガナ 生年月日 年 月 日
氏名 署名 個人番号
電話番号
住所 (建物名等)

神山町使用欄

Table with 4 columns: 申請区分, 確認資料, 証区分, 認定等年月日. Includes checkboxes for insurance types and dates.

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()
②証・年金・児童・社員・高齢証 他()
〇世帯主 〇員() 〇同住()
〇代理人 代理権確認手段
保険証・委任状 他()
〇郵送
No.
処理
〇交付
〇郵送
〇却下
国保番号
宛名番号

