

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者証記号番号		杵 江										☐ 一 般		☐ 退職本人		☐ 退職扶養			
世帯主	住 所																		
	氏 名											生年月日	大正昭和 平成		年	月	日	男・女	
	個人番号																		
限度額 適用減額 対象者	氏 名											生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日	男・女	
	個人番号																		
入院・通院の原因		第三者行為（交通事故等による被害） ☐ 該当 ・ ☐ 非該当																	
適 用 区 分		☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ ☐ 現役Ⅰ ☐ 現役Ⅱ ☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ																	
長 期 入 院		☐ 該 当 ☐ 非該当										該当年月日		年		月	日		

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。

		入院日数合計		(日間)		
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~		年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~		年 月 日 (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年間の入院日数	年 月 日 ~		年 月 日 (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

江北町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 世帯主との続柄 (印) ()

電話番号 _____

(注) 長期入院該当の申請の場合は、入院日数を証明できる書類(領収書等)を添付してください。

市区町村長証明欄	☐ 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。			
	☐ 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市(区)町村民税が課されないこと及び所得が無いことを証明する。			
	氏名 _____ 氏名 _____	氏名 _____ 氏名 _____	氏名 _____ 氏名 _____	氏名 _____ 氏名 _____

処理事項	有効期間	年 月 日 から 年 7 月 31 日 まで			
	適用区分	☐ 一 般 ☐ 退職本人 ☐ 退職扶養	☐ ア ☐ イ ☐ ウ	☐ エ ☐ オ ☐ 現役Ⅰ ☐ 現役Ⅱ ☐ 区分Ⅰ ☐ 区分Ⅱ	
	長期入院	☐ 該 当 (年 月 日)			
	交付番号	第 号 (第 号 再交付)			

確認事項	納付状況	☐ 現年・過年度分の滞納なし ☐ 現年度分未納なし・過年度分納中	
	本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 複数の公的証書(顔写真なし)等 ☐ 氏名等の住基との照合 ☐ ()	
	個人番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民票(写し) ☐ 通知カード ☐ 住基システム	
	第三者行為	☐ 該当 ☐ 非該当	