

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

認定申請書

→ 太枠内をご記入下さい。

届出人	氏名	世帯主との続柄	
	電話番号	—	—

被保険者証記号番号			
世帯主	住所	磐田市	
	氏名		
適用・減額対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号	世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当	適用区分	

※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年間の入院期間(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年間の入院期間(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年間の入院期間(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国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等の交付を申請します。

→ 太枠内をご記入下さい。

令和 年 月 日 住所 磐田市 _____

世帯主 氏名 _____

個人番号 _____

磐田市長 あて

市区町村長が証明する欄	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(組合員)及びその世帯に属する被保険者に_____年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 _____ 印
-------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

処理欄	滞有・無	申告 有・無	申告書の添付 有・無
	交付年月日	令和 年 月 日	交付方法 直接 郵送
本人確認	1点確認	□運転免許証、住基カード、障害者手帳(写真付)、旅券、個人番号カード、在留カード、その他()	
	2点確認	□健康保険証、高齢受給者証、介護被保険者証、その他()	
		□通帳、キャッシュカード、診察券、本人あて郵便物、その他()	
施設職員の証明	□職員証提示、証明書持参		