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

※以下、太ワク内をご記入・ご捺印ください。

被保険者証の番　号		国民健康保険の資格取得日	昭・平・令　　年　　月　　日	区　分	一般 退職（本・扶）
世帯主氏名	（男・女）	生年月日	明・大・昭 平・令　　年　　月　　日		
個人番号					
氏　名 （認定対象者）	（男・女）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	世帯主との続柄	本人・夫・妻・父・母・子・（　　　）
個人番号					

長期入院（91日以上）	・該当します　（以下の①からの欄を記入） ・該当しません　（①②③は記入不要）	交通事故等の第三者行為	有　・　無

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで	日間
	入院をした保険医療機関（病院）など	名　称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで	日間
	入院をした保険医療機関（病院）など	名　称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで	日間
	入院をした保険医療機関（病院）など	名　称	
		所在地	

三　田　市　長　あ　て

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。

なお、認定証の交付事務に必要な世帯主及び世帯に属する被保険者の市税に関する賦課資料の調査を承諾します。

申請者（世帯主）

〒　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

住　所

氏名（世帯主）　　※手書きしない場合は記名押印　　電話番号（　　　　）　　－

市処理欄	認　定	70歳未満	発効期日	年　　月　　日	給付係受付者	
		ア・イ　上位所得者 ウ・エ　一般 オ　住民税非課税世帯	有効期限	年　　月　　日	収納係確認者	
			オ・低Ⅱ・低Ⅰの時の食差受付	不要	済	未申の場合
		70歳以上75歳未満				
		低所得Ⅱ　現役並みⅡ 低所得Ⅰ　現役並みⅠ	入　院　開　始　日	年　　月　　日 ※　月を超える時は病院確認が必要です	被扶養	簡申
	却　下		＜備考＞			

コード	