

記入見本

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	1	2	3	4	5	6	7	国民健康保険の資格取得日	昭 <del>平</del> 令 31年4月1日	区分	一般 退職(本・扶)
世帯主氏名	三田 キッピー (男 <del>女</del> )							生年月日	明・大・昭 <del>平</del> 令 50年8月1日		
個人番号											
氏名(認定対象者)	三田 ハッピー (男 <del>女</del> )							生年月日	昭 <del>平</del> 令 50年8月1日	世帯主との続柄	本人・夫 <del>妻</del> ・父 <del>母</del> ・子 <del>( )</del>
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)  
〒 669-1595

住所 三田市三輪2-1-1

氏名(世帯主) 三田 キッピー

電話番号 (079) 〇〇〇-××××

令和 3年 4月 1日

世帯主名を手書きしない場合は記名押印

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	
		70歳以上75歳未満	オ・低Ⅱ・低Ⅰの時の 食差受付	不要	済	未申の場合
		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	被扶養	簡申
	却下	<備考>	※ 月を超える時は病院確認が必要です			

コード