

国民健康保険

- 限度額適用認定証
- 標準負担額減額認定証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証

交付申請書

被保険者番号		個人番号
世帯主	氏名	住所
	生年月日	電話番号 ()

減額対象者	氏名	個人番号
	生年月日	

《送付先指定》 ※ 住民登録地以外へ限度額認定証の送付を希望される場合のみ記入して下さい。

住所	〒 - 電話番号 () -	
氏名	対象者との関係	
指定理由		

《長期入院》 ※ 1年間で90日を超える入院があった場合のみ記入して下さい。(区分オ・低Ⅱの方のみ)

入院状況	長期入院	該当・非該当	91日目を迎えた日	令和 年 月 日
	医療機関名			
	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

上記のとおり国民健康保険限度額適用（標準負担額減額）認定証の交付を申請いたします。

申請日 令和 年 月 日

(宛先) 三島市長 (〒 -)

申請者

住所 _____

電話番号 () _____

氏名 _____

※市処理蘭 (記入不要)	滞納状況	有・無	⑨の場合 ()	長期入院 (オ・低Ⅱのみ記入)
	認定区分	認定・却下	却下理由 ()	該当・非該当 (日間)
	交付番号		年齢 歳	長期申請日 令和 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅱ・低Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅰ		長期該当日 令和 年 月 日
	受付者		備考	
	認定方法	<input type="checkbox"/> 公簿・台帳等 / <input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書 / <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知		