

国民健康保険

限度額適用認定証
標準負担額減額認定証

交付申請書 兼 入院日数届書

太枠の中を記入してください。

限度額適用・標準負担額減額認定証

申請年度

年度分

※国民健康保険料に滞納があった場合は、発行できない場合があります。

保険証の記号番号																				
氏名		肥後 太郎						生年月日		昭・平・令		55年5月5日								
個人番号		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	世帯主との続柄			子				
長期入院	①	申請日の前	認定証が必要な方の記号番号・氏名・生年月日・個人番号・世帯主との続柄を記入してください。										年 月 日 から		日間					
		入院											年 月 日 まで		日間					
	②	申請日の前一年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		日間		年 月 日 まで		日間		入院をした保険医療機関等									
		名称		郵送する人の氏名・住所(機関名)・電話番号		所在地		国民健康保険の世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号・個人番号を記入してください。				郵送日を記入してください。								

※長期入院とは、過去12ヶ月の入院日数が91日以上あることをいいます。但し、減額認定を受けていない期間については除きます。

上記のとおり申請します。												令和 2 年 7 月 22 日						
世帯主	住所	熊本市 中央 区						手取本町1丁目1番1号										
	氏名	肥後 花子						生年月日		大・昭・平・令18年8月8日								
	個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	電話番号	888	-	888	-	8888
来庁者	来庁者が上記以外の場合に記入																	
	氏名	肥後 二郎						電話番号		222 - 222 - 2222								
	住所(機関名)	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 病院		世帯主との続柄		病院職員												
	備考																	

確認	免許証・パスポート・カード・学生証・職(社)員証・個人番号カード・保険証・通帳類・聴聞・その他()																	
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

新規/更新 発効期日 令 年 月 日 長期認定年月日 令 年 月 日 前年度長期認定 有 ・ 無											
請求区分	長期(オ・低IIの場合)		該当	非該当							
	領収書	公簿	その他()								

郵送する方の氏名・住所(機関名)・電話番号を記入してください。病院等の職員の方が記入する場合は、住所は機関名等がかまいません。

受付者	確認	収納	受付印
-----	----	----	-----