

国民健康保険 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定証交付申請書

受付印

次のとおり、限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

太枠内をご記入ください。

加古川市長様

※保険料に未納のある場合、交付されないことがあります。

| | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|---|-------------------------|---|--------|
| 届出人 (窓口に来た人) | 住所 加古川市 | | 新規 | 更新 | 再交付 |
| | 氏名 | 世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 () | 区分変更 | 長期認定 | (その他) |
| | | | 世帯主・世帯員・代理人 | | |
| | 電話番号 | | 運転免許証・個人番号カード その他() | | |
| 申請者 (世帯主) | 被保険者記号・番号 | | 所得区分 | 旧ただし書所得 | 901万円超 |
| | 住所 加古川市 | | | 600万円超～901万円 | |
| | | | | 210万円超～600万円 | |
| | | | | 210万円以下 | |
| | 住所 加古川市 | | 住民税非課税 | | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ | 適用区分 (70歳未満) | ア イ ウ エ オ | |
| 電話番号 | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ | 適用区分 (70歳以上) | 現役並み II I 低所得者 II I | | |
| 対象者 | 個人番号 | | 交付 | 窓口 | / |
| | 氏名 | | 郵送 | | / |
| | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 発効期日 | 年 月 日 | |
| 個人番号 | | | | 該当 | 非該当 |
| | | | | 年 月 日 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 長期入院公印 ※該当ありの場合 | |
| | | | | 却 | 下 |

以下、職員記入欄

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----------------------|---|----|----|----|---|---|---|---|---|--------------------|-------|-------|------|
| 長期 確認 | 対象年度 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 非課税確認 | 入院日数 |
| | 年度 | | | | | | | | | | | | | 非課税 | 日間 |
| | 年度 | | | | | | | | | | | | | 非課税 | |
| 保険料支払い状況 | | | | | | | | | | | | 受付 | 入力・確認 | | |
| 滞納なし | 滞納あり | ・3か月未満 ・債権管理課 様確認済 | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 <input type="checkbox"/> マイナ保険証概要説明済み | | | | | | | | | | | | 第三者行為：有・無 一般・前高 | | | |