

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

次のとおり、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。

被保険者記号・番号												新規		更新		再交付		
申請者 (世帯主)	住所										区分変更		長期認定					
		氏名									所得区分	旧 た だ し 書 所 得	901万円超					
													600万円超～901万円					
													210万円超～600万円					
													210万円以下					
											住民税非課税							
	電話番号											交付	窓口	/				
	個人番号												郵送	/				
世帯主 宛名番号												確認	運転免許証・保険証・個人番号カード その他 ()					
対象者※	氏名											却 下						
	生年月日	年 月 日										適用区分 (70歳未満)	ア イ ウ エ オ					
	個人番号											適用区分 (70歳以上)	現役並み Ⅱ I 低所得者 Ⅱ I					
	宛名番号												発効期日	年 月 日				
												長期入院	該当		非該当			
													年 月 日					

※対象者とは、入院されている方又は高額な治療を予定されている方などです。

以下、職員記入欄

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
年度													課税・非課税
年度													課税・非課税

滞納なし	滞納あり	・特別事情あり ・適当と認めるとき ・債権管理課	様確認済	受付	確認・入力	
備考				第三者行為: 有 ・ 無 一般 ・ 前高		