

記入例

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		1	2	3	4	5	6	7	新規		更新		再交付	
									区分変更		長期認定			
申請者 (世帯主)	住所								所得区分	旧 た だ し 書 所 得	901万円超			
	加古川町北在家2000番地										600万円超～901万円			
											210万円超～600万円			
											210万円以下			
加古川 太郎								住民税非課税						
氏名									交付	窓口	/			
電話番号		079-421-2000								郵送	/			
個人番号		マイナンバーカードの番号を記入してください。							確認	運転免許証・保険証・個人番号カード その他 ()				
世帯主 宛名番号									却 下					
対象者※	氏名	加古川 花子							適用区分 (70歳未満)	ア イ ウ エ オ				
	生年月日	△ 年 ○ 月 ○ 日							適用区分 (70歳以上)	現役並み II I 低所得者 II I				
	個人番号	マイナンバーカードの番号を記入してください。							発効期日	年 月 日				
	宛名番号									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 年 月 日 から											
	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・退本・退扶・前高		

※消えるペンでは記入しないでください。