

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 加古川町北在家2000番地		新規	更新	再交付
	氏名	加古川 太郎	区分変更	長期認定	(その他)
	電話番号	079-421-2000	世帯主・世帯員・代理人		
		世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()	運転免許証・個人番号カード その他 ()		
			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		
申請者 (世帯主)	被保険者記号・番号		適用区分 (70歳未満)		
	住所 加古川市		ア イ ウ エ オ		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	適用区分 (70歳以上)		
	電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	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。		交付	窓口	/
			郵送	/	
			発効期日	年 月 日	
					該当 非該当
対象者	氏名	加古川 花子			年 月 日
	生年月日	昭平・令△年○月○日			<input type="checkbox"/> 長期入院公印 ※該当ありの場合
	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。		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				