

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<br>(窓口に来た人) | 住所<br>加古川市                                    |                                 |                                                                                                               | 新規                       | 更新                              | 再交付          |  |
|                 |                                               |                                 |                                                                                                               | 区分変更                     | 長期認定                            | その他<br>( )   |  |
|                 | 氏名                                            |                                 | 世帯主との続柄<br><input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | 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<br>その他 ( ) |                                 |              |  |
|                 |                                               |                                 |                                                                                                               | 所得区分                     | 旧<br>た<br>だ<br>し<br>書<br>所<br>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<br>(世帯主)    | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ<br>住所<br>加古川市 |                                 |                                                                                                               | 適用区分<br>(70歳未満)          | ア イ ウ エ オ                       |              |  |
|                 |                                               |                                 |                                                                                                               | 適用区分<br>(70歳以上)          | 現役並み II I<br>低所得者 II I          |              |  |
|                 | 氏名                                            | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ |                                                                                                               | 交付                       | 窓口                              | /            |  |
|                 | 電話番号                                          | <input type="checkbox"/> 届出人と同じ |                                                                                                               |                          | 郵送                              | /            |  |
|                 | 個人番号                                          |                                 |                                                                                                               | 発効期日                     | 年 月 日                           |              |  |
|                 |                                               |                                 |                                                                                                               | 長期入院                     | 該当 非該当                          |              |  |
|                 |                                               |                                 | 年 月 日                                                                                                         |                          |                                 |              |  |
|                 |                                               |                                 | <input type="checkbox"/> 長期入院公印<br>※該当ありの場合                                                                   |                          |                                 |              |  |
| 対象者             | 氏名                                            |                                 |                                                                                                               | 却 下                      |                                 |              |  |
|                 | 生年月日                                          | 昭・平・令 年 月 日                     |                                                                                                               |                          |                                 |              |  |
|                 | 個人番号                                          |                                 |                                                                                                               |                          |                                 |              |  |

以下、職員記入欄

|          |      |                       |   |    |    |    |   |   |   |   |                                                                              |       |   |       |      |                         |  |  |  |
|----------|------|-----------------------|---|----|----|----|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------|-------|---|-------|------|-------------------------|--|--|--|
| 長期<br>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<br>・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<br><input type="checkbox"/> マイナ保険証 有・無 |       |   |       |      | 第三者行為： 有 ・ 無<br>一般 ・ 前高 |  |  |  |