

国民健康保険

☐ 限度額適用

認定証交付申請書

☐ 限度額適用・標準負担額減額

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 区分変更 長期認定 (その他)									
	氏名	加古川 太郎	世帯主との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ その他 ()									
	電話番号	079-421-2000	世帯主・世帯員・代理人 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		1	2	3	4	5	6	7	適用区分 (70歳未満)	ア イ ウ エ オ	
	住所 加古川市		☒ 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					
	氏名	☒ 届出人と同じ		交付 窓口		/						
	電話番号	☒ 届出人と同じ		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。		発効期日		年 月 日						
対象者	氏名	加古川 花子		長期入院		該当 非該当						
	生年月日	昭和 平・令 Δ 年 〇 月 〇 日		年 月 日		□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											☐ マイナ保険証概要説明済み 第三者行為：有 無 ☐ マイナ保険証 有・無 一般 前高				