国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定申請書

栄村長　様　　申請日：　　年　　月　　日

下記のとおり関係書類を添えて、認定証の交付を申請します。

世帯主情報	被保険者証の記号・番号	さかえ・	生　年　月　日 □昭和　□平成　□令和 年　月　日
	フリガナ		
	氏名・印	印	
	個人番号		
	住所・電話番号	栄村大字　　番地 TEL：　　（　　）	

□認定対象者が世帯主と同じ。※違う場合はご記入ください。

認定対象者	フリガナ		世帯主との続柄
	療養を受ける方の氏名		
	個人番号		
	生年月日	□昭和　□平成　□令和　　年　月　日	

◎世帯主・認定対象者以外の方が申請される場合はご記入ください。

※認定対象者の保険証をご提示ください。ご提示がない場合は、認定証の発行はできません。

申請代行者	氏名・印 電話番号	印 TEL：　　（　　）	認定対象者との続柄
	住　所		
	※本人確認	免・マ・面　　□認定対象者の保険証持参（必須）	

□長期入院（90 日以上）※入院期間が分かる書類（領収書等・写し可）を添付してください。

①	入院先	
	入院期間	年　月　日　～　年　月　日
②	入院先	
	入院期間	年　月　日　～　年　月　日
③	入院先	
	入院期間	年　月　日　～　年　月　日

※申請日の翌月の初日から長期入院該当となります。

※上記の者に認定証を交付します

係記入欄	年　齢	課税区分	交付方法	交付状況
			窓口 郵送	新規 更新

課長	係長	係	受付