

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

認定証交付申請書

| | | | | |
|----------------|---------|-----|------|-------------|
| 被保険者記号・番号 | 07- | | (枝番) | |
| 世帯主 | 住所 | 墨田区 | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 世帯主との続柄 | | | |

| | | | |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| 長期入院(過去12か月の入院日数が91日以上は長期) | | 該当 ・ 非該当 | |
| 長期入院該当者のみ記入してください | | 入院日数の合計 (日間) | |
| ① | 申請月以前12月以内の 入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで(日間) | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |
| ② | 申請月以前12月以内の 入院期間(日数) | 年 月 日から 年 月 日まで(日間) | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | |
| | | 所在地 | |

墨田区長あて

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

※注意事項:保険料に滞納のある世帯には限度額適用認定証の交付はできません。事前にご相談ください。

保険者処理欄

| | |
|-------|------------------------|
| 一般 | 退職 (本人 ・ 家族) |
| 種別 | 限 ・ 食 ・ 減 |
| 区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 才長 |
| 長期該当日 | 令和 年 月 日から |

* 窓口に来た方〔世帯主・適用対象者・代理人〕

代理人氏名:

電話番号(上記と異なるとき):

* 保険料未納 無 ・ 有(こくほ保険料係・担当 相談済み)

* 添付書類 無 ・ 有〔旧証 ・ 課税証明書等 ・ その他()〕

* 交付日:令和 年 月 日

* 所属:国保年金課こくほ給付係

* 担当者:

* 交付方法: 窓口 ・ 郵送(令和 年 月 日発送)

出張所担当