

限度額適用

国民健康保険

認定証交付申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号	記号	0 7 -	番号	(枝番)
適用・減額対象者氏名				
生年月日	昭和	年	月	日
	世帯主と の続柄			
申請月以前 12月以内 の入院期間	年	月	日から	
	年	月	日まで	日間
入院した 医療機関等	名称			
	所在地			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

墨田区長あて

世帯主 住所 墨田区 丁目 番 号

(フリガナ)

氏名

電話番号 ()

保険者処理欄

※窓口に来た方

〔世帯主・減額対象者・代理人：氏名〕

電話番号 ()

区分〔 I ・ II ・ II長期 (令和 年 月 日から) ・ 現 I ・ 現 II〕

交付日：令和 年 月 日

国保年金課こくほ給付係：

交付方法：窓口・郵送 (令和 年 月 日 発送)

出張所

担当