

国民健康保険限度額適用認定証

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

被保険者証記号番号			
交付対象者	氏名		
	個人番号		世帯主から見た続柄
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
発効期日		令和 年 月 日	
所得区分	70歳未満	上位所得者	ア・イ 非課税 オ (長期入院該当 / 非該当)
		一般所得者	ウ・エ
	前期高齢者	現役並み所得者	Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ
		低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	(長期入院該当 / 非該当)
①	申請日の前1年間の入院期間(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	名称	
		所在地	
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	
入院をした保険医療機関		名称	
		所在地	
上記のとおり限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。			
碧南市長 殿			
令和 年 月 日 申請者 住所 (世帯主) 氏名			
個人番号			
電話			
記入者 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 交付対象者			
<input type="checkbox"/> その他(氏名 続柄)			

(事務処理欄)

備考			受付者	
本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他写真付証明書 ()		
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 各種医療証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他本人確認書類 ()		