

(第5条第1項第13号関係)

(受付印)

☐ 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

※太枠内を記入してください。

被 保 険 者 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		
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 ☐ 交付対象者に同じ 個人番号 電話 記入者 ☐ 世帯主 ☐ 交付対象者 ☐ その他(氏名 続柄)				

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 II ・ I	
低所得 I ・ 低所得 II (長期入院該当 / 非該当)			

【長期入院該当の場合の入院履歴】

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)	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

(事務処理欄)

備考	☐ 滞納の有無 (有 ・ 無) ☐ 長期入院 該当→食事差額案内 ・ 非該当→長期案内		受付者	
	本人確認	1 点 ☐ 免許証 ☐ 住基カード (写真有) ☐ 在留カード ☐ 障害者手帳 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券 ☐ その他写真付証明書 ()		
	2 点 ☐ 健康保険証・資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 各種医療証 ☐ 年金手帳 ☐ 身分証明書 ☐ 口頭 ☐ その他本人確認書類 ()			