国民健康保険限度額適用認定申請書 国民健康保険限度額適用·標準負担額減額認定申請書

被保険者証 記 号 番 号			54	_												
الماء	A	氏 名						生生	年月日	3				年	月	日
灯	象者	個人番号														
第三者行為 該 当				当	· 非	該当										
長期入院 該 当				当	非	該当		*	非課	税付	世帯の	りみ				
1	申請日の前1年間の入院期間(日				数)				年年		月月		日日	から まで		日間
	1 吹わたた 保険医療機関学			問笙		名	称		T)1		Н			H [H]
	入院をした保険医療機関等					所在	主地		-							
	盽	目請日の前14	年間の入院期	間(日装	数)				年年		月月		日日	から まで		日間
2	入院をした保険医療機関等					名	称		+		Л		Н	- L		H IEI
							主地									
	申請日の前1年間の入院期間(日				龄)		•		年		月		日	から		
3					*^/		1		年		月		月	まで		日間
	入院をした保険医療機関等					名	称 生地									
	<u> </u>					1211.	1.70									
		おり、申請し														
令和 年 月 日 世帯主 住所 四街道市																
IT to																
氏名																
				個人番	等号											
電話番号																
匹	四街道市長 あて															

- ※ 国民健康保険税の未納がある場合は、限度額適用認定証は発行することができません。
- ※ 引き続き認定証が必要な場合は、国保年金課で再度申請の手続きを行う必要があります。

処 理 欄

※ 納付状況

適用区分がア〜オの者納付済

※ 適用区分			
ア	イ		
ウ	Н		

	現I	現Ⅱ		
オ	低 I	低Ⅱ		
食事減	食事減額一般			
食事減	食事減額長期			

※ 確認
個人番号カード
通知カード
カードなし

受付サイン	チェック