

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 -	
対象者	氏名		生年月日 年 月 日
	個人番号		
第三者行為		該 当 ・ 非該当	
長期入院		該 当 ・ 非該当 ※ 非課税世帯のみ	
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等	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等	名称	
		所在地	
③	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等	名称	
		所在地	

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 四街道市

氏名

個人番号

電話番号

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	エ

現 I 現 II

オ	低 I
低 II	
食事減額一般	
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