

国民健康保険

限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

被保険者 記号・番号	21-		世帯主との 続柄		
限度額 適用・ 減額対 象者	氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日
	個人番号			交通事故等の第三者行為	有・無

下の欄は、申請の前1年間の入院日数が90日を超える非課税世帯の方のみ記入してください。

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)	令和 年 月 日から 令和 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)	令和 年 月 日から 令和 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

住所 八千代市

世帯主 氏名

個人番号

電話 ( )

(宛先) 八千代市長

代理人	氏名			対象者との 関係
	電話			

決 裁	課長	補佐	副主幹	主査	担当
	令和 年 月 日				

公印使用  
承認印

令和 年 月 日  
個

確 認 及 び 処 理 欄	保険証		非課税	
	保険料未納	有・無	交付方法	窓口・郵送
	認定区分 強制判定□	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		
	交付年月日	令和 年 月 日		
	発効期日	令和 年 月 日		
	長期入院 該当年月日	令和 年 月 日		
有効期限	7月末・1月末・その他 ( / )			