

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		
	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		
	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 印 個
-------------	-----------------

確 認 及 び 処 理 欄	本人確認		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・その他 (R . .)		