

国民健康保険 □ 限 度 額 適 用 認 定 申 請 書

□ 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額

(高 齢 受 給 者 用)

能美市長 あて

申請日 年 月 日

※新年度は 8/1～

年度

被保険者証 記号番号		課税区分	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ
世帯主	住 所	能美市	
	氏 名	電話番号	() -
	個人番号		
限度額適用 減額対象者	氏 名	生年月日	昭和 年 月 日
	個人番号		
第三者行為 による傷病	<input type="checkbox"/> 該 当 (加害者が存在する傷病の場合) <input type="checkbox"/> 非該当		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該 当 (過去 12 ヶ月に入院日数が 90 日を超える場合) <input type="checkbox"/> 非該当		
過去 12 ヶ月の入院状況 ※入院日数合計 (日間) →90 日超で長期該当			
①	申請日の前 1 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (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 年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

***** 備 考 欄 *****

●認定証の交付状況

- 来庁者へ (氏名 _____)
(続柄: _____)
- 保険年金課へ依頼
郵送 (自宅 ・ 病院 ・ その他 _____)
〒 _____
住所: _____
- 氏名: _____ (続柄) _____
郵送日: 年 月 日

●加入世帯の国保税納入状況 (現年分は除く)

- 完 納 ⇒ 交付
 滞 納 ⇒ 誓約履行中 → 交付
誓約不履行 → 納税課へ連絡 → 交付

●加入世帯の異動状況

- 当月中の資格異動がないことを確認しましたか?
世帯員加入等で区分変更になる場合があります

●受付者 _____ ●交付者 _____

代理権の確認	身元確認 (本人 ・ 代理人) 代理人氏名 [_____] 本人との関係 [_____]	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	1 点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード [※] <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード [※] <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード [※] <input type="checkbox"/> 通知カード [※] <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	2 点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		