

課長	補佐	担当

国民健康保険 **限度額適用** **認定証交付申請書**
限度額適用・標準負担額減額

申請者	住所				
	氏名		電話番号		
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	T・S・H	年 月 日
	個人番号				
対象者	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
	個人番号		被保険者証番号		
長期入院 (直近1年間に90日以上 の入院)		該当・非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	R	年 月 日から	R	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)	R	年 月 日から	R	年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

令和 年 月 日

町長が証明する欄	<p style="text-align: center;"> 下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及び その世帯に属する被保険者に 年度の町民税が課されないことを証明する。 六戸町長 吉田 豊 印 </p>
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が市町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

担当者記載欄	
交付状況	即日交付・郵送(月 日)・その他()
本人確認	免許証・パスポート・保険証・その他()
備考	滞納 有 ・ 無
区分	70歳未満 ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ