

記入例

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	六戸町大字犬落瀬字前谷地60			
	氏名	六戸 花子	電話番号	0176-55-3111	
世帯主	住所	六戸町大字犬落瀬字前谷地60			
	氏名	六戸 太郎	生年月日	T (S)・H 57年 6月 28日	
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
対象者	氏名	六戸 花子	生年月日	(S) H・R 57年 10月 5日	
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	被保険者証番号	012345 (保険証上部に記載されています)	
長期入院 (直近1年間に90日以上 の入院)		該当	<input checked="" type="radio"/> 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
	入院をした保険医療機関等	R	年	月	日まで
		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
	入院をした保険医療機関等	R	年	月	日まで
		名称			
		所在地			

令和 4年 4月 1日

町長が証明する欄	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">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