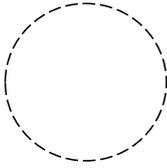


(記 入 例)

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書



認定証が必要な方の
・保険証番号
・マイナンバー
・お名前
・生年月日
をご記入ください。

被保険者証記号番号	06- 123456 枝番	個人番号	- -
対象者氏名	国保 花子	生年月日	1990 年 1 月 1 日

申請日をご記入ください。

藤沢市長

申請のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用認定証、又は国民健康保険標準負担額減額認定証、又は国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
なお、交付手続きにあたり、私の属する世帯の市民税の課税状況調査・確認については、課税台帳により行うことに同意します。

世帯主の
・住所
・氏名(印鑑不要)
・マイナンバー
・電話番号(日中の連絡先)
をご記入ください。

年 月 日	住所 藤沢市 朝日町1番地の1
申請者(世帯主)	氏名 国保 太郎 (個人番号 -) (窓口に来た方) 国保 一郎
	電話 0000-11-2222
	負傷原因 第三者行為(交通事故等)で ある・ない

窓口に来る方が世帯主でない場合は代理人氏名(印鑑不要)もご記入ください。

交通事故等が原因の場合は「ある」に、そうでない場合は「ない」に○をつけてください。

送付先を変更される場合はご記入ください(住所以外)

送付先希望住所	〒 - -
---------	-------

住所以外に送付希望の場合は記載してください。

保険年金課 使用欄

資格の有無	年 月 日
認定証区分	
発効期日	年 月 日
非課税確認資料	1. 非課税証明書 2. 保護申請却下通知書 3. 他認定証 4. その他()
保険料納付状況	未納無 ・ 未納有 (担当者:)

ここから下は記入不要です(市役所使用欄)。

※市民税非課税世帯で申請日の属する月以前12ヶ月内に90日を超えて入院されている場合

長期入院	非該当 ・ 該当 (日)
長期該当年月日	年 月 日
入院日数確認資料	1. 領収書の写し 2. 給付記録 3. レセプト 4. その他()
前年度長期証発行有無(8月申請)	無 () ・ 有 (年 月 日)

- 1 資格照会 2 賦課照会 2 収納照会 3 前期高齢
3,4 課非照会 4 交付一覧 6, 7 給付照会 国保メモ

保険年金課・市民センター使用欄(保険年金課 国保給付担当 内線3211)

センター受付者	国保給付対応者	受付内容 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	認定証区分 (5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	確認欄
		1. 新規 2. 再交付 3. 食事の長期申請 4. 差替 5. その他	ア・イ・ウ・エ オ・食事のみ 現I・現II 低I・低II	個人番号 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/>