国民健康保険　限度額適用・標準負担減額　認定申請書

令和　　年度分

（年度は8月～翌年7月末）

（あて先）美馬市長

被保険者証 記号・番号	美馬	0	0	種別	一般 ・ 退職 ・ 退職扶養
限度額適用対象者	氏　名		生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日 □ 令和	
	個人番号			世帯主との続柄	
申請理由	1. 第三者行為（交通事故等）　　2. 業務上の事故等　　3. その他（自損事故、疾病等）				

※被保険者が申請日前１２か月の間に入院した期間及び医療機関

①	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日	名　称 所在地	
②	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日	名　称 所在地	
③	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日	名　称 所在地	
④	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日	名　称 所在地	
⑤	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	日	名　称 所在地	
①～⑤の入院日数が90日を超えるとき			長期入院	□ 該 当　　□ 非該当

申請者記入欄	上記のとおり、限度額適用・標準負担額の減額の認定及び認定証の交付を申請します。 令和　　年　　月　　日			
	氏　名		電話番号 （連絡先）	
			世帯主との続柄	
	住　所			

以 下 は 記 入 し な い で く だ さ い

個人番号確認	身元確認（顔写真の無い場合2点）		代理権の確認
□ 個人番号カード □ 通知カード □ 住民票の写し □ 職員にて確認 □ 世帯主 □ 世帯員 （　　） □ 申請者	□ 個人番号カード □ 運転免許証 □ 障害者手帳 □ 介護保険被保険者証	□ 健康保険証 □ その他 （　　） （　　）	□ 戸籍謄本等（法定代理人） □ 委任状（任意代理人） □ その他（上記が困難な場合） （　　）	
	市民サービスセンター（本課兼用）記載欄			
	受付事務所		受付日	受付者名
	□ 美馬町市民サービスセンター □ 本課 □ 脇町市民サービスセンター □ 木屋平総合支所			