

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

石巻市長 殿

申請年月日 年 月 日

申請者・届出人	被保険者記号番号	み石 A		
	世帯主氏名		個人番号	
	世帯主住所	石巻市		
	届出人氏名 (世帯主以外の時記入)		電話番号	
	世帯主との続柄		届出人が世帯主と同一の世帯に属する方以外の場合には、別途委任状等が必要です。	

交付対象者	療養を受ける方		個人番号	
	生年月日	昭 平 令	年 月 日	

----- 保険者処理欄 -----

※区分がオまたは低Ⅱの時、申請月以前一年間の入院日数が <u>90日</u> を超える場合記入		入院日数合計 ( 日間)	
長期入院	申請月以前一年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保健医療機関等	名 称	
		所在地	
	申請月以前一年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保健医療機関等	名 称	
		所在地	
申請月以前一年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)		
入院をした保健医療機関等	名 称		
	所在地		

確認欄	本人確認 免・個・パ・他 ( )	適用区分
	所得情報確認 ( 申告済 ・ 未申告 )	
	滞納情報確認 ( 有 ・ 無 )	
	長期入院 該当 ・ 非該当	
	70歳未満 (ア・イ・ウ・エ・オ)	【日付印】
	70歳以上 (現Ⅰ・現Ⅱ)	
	(低Ⅰ・低Ⅱ)	

係長	確認	受付