

国民健康保険 限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

石巻市長 殿

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請者・届出人	被保険者証記号番号	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	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・保 ()	適用区分 70歳未満 (ア・イ・ウ・エ・オ) 70歳以上 (現Ⅰ・現Ⅱ) (低Ⅰ・低Ⅱ)
	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	

【日付印】

係長	受付	確認