

申請前にチェック

- 保険証をお持ちください。
- 食事療養標準負担額減額認定証は非課税世帯の方のみ使用できます。
- 国民健康保険税を滞納している世帯の方は限度額認定証の交付が受けられません。

# 国民健康保険限度額適用（兼食事療養標準負担額減額）認定申請書

粕江市長 あて

国民健康保険限度額適用（兼食事療養標準負担額減額）認定証の交付を申請します。認定に当たりましては、担当職員が市民税の課税台帳により確認することに同意いたします。

年 月 日

診療を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号（任意） \_\_\_\_\_

住 所 粕江市 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ

診療を受ける方が申請する場合は電話番号のみの記入してください。

申請者の氏名 \_\_\_\_\_ 診療を受ける方との関係 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

今日から過去1年間に通算して91日以上入院されたことがありますか？

ある（長期入院該当）  な い

1	入 院 期 間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
	医療機関（病院等）の名前	_____
2	入 院 期 間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
	医療機関（病院等）の名前	_____

受 付	担当者	交付状況・発行区分
		<input type="checkbox"/> 証 交 付 済
		アイウエオ（70歳未満） 低Ⅰ 低Ⅱ
		現Ⅰ 現Ⅱ（70歳以上）

記号番号	42- _____
資格確認【6短期】	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶
未納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

本人確認  番号確認