

国民健康保険

- 限度額適用
- 標準負担額減額
- 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者記号番号			区分	一般・前期																	
対象者	氏名		個人番号																		
			性別	男・女																	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	世帯主との続柄															
世帯主氏名			個人番号																		

※市民税非課税世帯の方のみご記入ください。該当の場合、入院期間が確認できる書類(領収書等)の添付が必要です。

長期入院 (90日を超える入院)		該当・非該当		入院日数合計 (日間)	
申請日の前1年間の入院状況	医療機関名	医療機関所在地		入院期間及び入院日数	
	①			年 月 日から	日間
				年 月 日まで	
	②			年 月 日から	日間
				年 月 日まで	
③			年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		
④			年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

なお、この申請に関する交付事務に必要な市税等に関する資料を閲覧されることに同意します。

令和 年 月 日

住 所 みやま市

世帯主氏名

電話番号

交通事故(有・無)

福岡県みやま市長 様

処理欄	認定等	新規・長期申請・更新・区分変更	有効期限	令和	年	月	日
		イ 市町村民税非課税証明書	発効期日	令和	年	月	日
		ロ 保護申請却下通知書	長期入院該当日	令和	年	月	日
		ハ 公簿	91日目該当日	令和	年	月	日
		ニ 却下 (理由)	保険税滞納	有 ・ 無			
	適用区分 (アイウエオ)(現Ⅱ 現Ⅰ 低Ⅱ 低Ⅰ)	備考					
届出人 確認	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 他()続柄()		入力				
	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯 (<input type="checkbox"/> 対象者保険証 <input type="checkbox"/> 委任状)		オ・低Ⅱ説明	長期入院・食事差額			
	写真有1点 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 他()		受付庁舎	瀬・山・高			
写真無2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 他()		受付者					