

記入例

b

国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

認定申請書

資格確認書の「記号番号」に印字された7桁の番号
(先頭に「0」がある場合、0も記入)

被保険者記号番号		令和●年8月～更新分			
世帯主	住所	袋井市新屋一丁目1番地の1(世帯主様の住所)			
世帯主の内容 で記入	氏名	袋井 太郎	生年月日	(世帯主様の生年月日) 大●昭●平○○年××月△△日	
	個人番号	マイナンバー 不明の場合は空欄可			
限度額適用 減額対象者	氏名	袋井 花子	生年月日	(診療を受ける方の生年月日) 昭●平●令××年××月××日	
入院等の診療を受ける方 の内容で記入	番号	マイナンバー 不明の場合は空欄可			
	世帯主から見た診療を受け る方の関係を記入	子	電話番号	090-○○○○-××××	
長期入院	上位ア・イ一般ウ・エ非課税才	納税状況	完・未		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで		○日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	○○病院		
	入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで	所在地		
	名称	袋井市○○××番地の×			
	入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで	所在地		
	名称				
	入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで	所在地		
	名称				
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地	療養を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる 行為が原因であれば有に○を、そうでなければ無に ○を付けてください。			
第三者行為の有無		有・無			

過去12か月の間で、90日を超える入院日数がある方は、①の箇所に「申請日の前1年間の入院期間(日数)」と、「入院をした保険医療機関等」の名称と所在地をご記入ください。
転院等で入院した医療機関が複数ある場合は、②以降の欄に同様にご記入ください。

併せて、領収書等の入院日数がわかる書類の写しを提出ください。

診療を受ける方御本人の電話番号でなくても、この認定証を交付したことについて確認できる方であれば、世帯主様や他の御家族様の電話番号でも構いません。
また、固定電話の番号でも、携帯電話の番号でも連絡の取れる先であれば、いずれでも構いません。

療養を受けた理由が、交通事故などの相手方がいる行為が原因であれば有に○を、そうでなければ無に○を付けてください。

袋井市長 様

上記のとおり認定証の交付を申請します。

記入日 令和○年○月○日

申請者
住所

申請者の内容で記入

(世帯主や対象者と同じ場合は、「世帯主と同じ」「対象者と同じ」と記入でも可)

氏名

電話番号