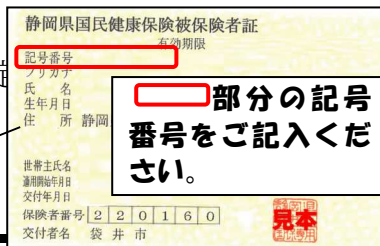


記入例

申請書の太線の枠の中を記入してください

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



被保険者証記号番号					
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)	(世帯主)
	個人番号	マイナンバー	大・昭・平〇〇年××月△△日	男	女
入院等の診療を受ける方の内容で記入	氏名	袋井 花子	生年月日	(診療を受ける方の生年月日)	(該当者)
	個人番号	マイナンバー	昭・平・令××年YY月ZZ日	男	女
世帯主との続柄		子	電話番号	090-0000-xxxx	

長期入院	該当・非該当	世帯主から見た診療を受ける方の関係を記入	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	所在地
②	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
③	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
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

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。

第三者行為の有無	有 ・ 無
----------	-------

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。

令和 年 月 日

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に ____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 _____ 印
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。