

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

受付印

河内長野市長 様

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 の交付を
 次により申請します。

※太枠内をご記入ください。

対象世帯 被保険者記号番号	長 国	申請年月日	年 月 日
------------------	-----	-------	-------

届出人	フリガナ		被保険者 との関係	本人 ・ 世帯員 ・
	氏名			その他 ()
	住所		電話番号	

世帯主	フリガナ		電話番号	□届出人と同じ
	氏名	□届出人と同じ		
	住所	□届出人と同じ		

交付希望対象者	フリガナ		生年月日	S・H・R 年 月 日
	氏名	□届出人と同じ		
	フリガナ		生年月日	S・H・R 年 月 日
	氏名			

以下、市役所使用欄<窓口用>

交付の方法 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)	受領しました。 署名
---	-------------------

<届出人本人確認> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード 番号等 ()		該当無し ・ 短期証該当 ・ 資格証該当 年 月 日迄有効 確認者 (検認者)	
長期入院確認 オ ・ 低Ⅱ それ以外 ↓ ↓ 長期入院 (有 ・ 無) 長期入院無 有なら↓		負担区分	現役並所得者 Ⅱ ・ Ⅰ 低所得者 Ⅱ ・ Ⅰ 若年 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
食事差額申請受付 (有 ・ 無) 長期入院認定日 (年 月 日)		発効期日 年 月 日 有効期限 年 月 日 保険料納付状況 完納 ・ 滞納 対象者の被保険者証 有 ・ 無	

<備考>