

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

被保険者証記号番号		山10		令和 年 月 日 申請	
認定対象者	氏名	個人番号 (マイナンバー)			
		生年月日		年 月 日	
		交通事故等の第三者行為	該当 ・ 非該当		
長期入院	該当・非該当	←適用区分オまたはⅡの認定証の交付を受けている方で、申請日以前1年間に91日を超える入院がある場合は該当に○してください			

※長期入院に該当される方は、下欄に入院の状況を記入してください。

1	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
	入院をした保険医療機関名		
2	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
	入院をした保険医療機関名		
3	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日	日間
	入院をした保険医療機関名		

(あて先) 光市長 上記のとおり申請します

世帯主	住所	光市		
	氏名			
	電話	- -	個人番号 (マイナンバー)	

※世帯主以外が提出の場合は以下を記入してください。(※同一世帯の方の場合、住所・続柄の記入は不要)

提出者	住所			
	氏名			
	電話	- -	世帯主との続柄	

※住民票上の世帯が違う方が提出する場合は、代理権の確認できる書類と本人確認書類(運転免許証等)を持参してください。

以下は記入しないでください。

市処理欄

適用区分	ア	イ	ウ	エ	オ
	現Ⅱ	現Ⅰ		低Ⅱ	低Ⅰ
長期入院該当年月日	年 月 日				
受付支所・出張所	大和	室積	三島	浅江	周防
郵送交付日	年 月 日 発送				

代理権確認	
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 認定証
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状