

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証交付申 保険証の記号番号・枝番
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		●● - ●●●● (枝番) ●●	
世帯主	住所	日高市大字南平沢1020番地	
	氏名	日高 太郎	生年月日 昭和●●年●●月●●日
	個人番号	●●●● ●●●● ●●●●	
減額対象者	氏名	日高 花子	生年月日 昭和▲▲年▲▲月▲▲日
	個人番号	▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲▲▲	
	世帯主との続柄	妻	
長期入院	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当		
申請日の前	入院期間 (日数)	○○年 ○○月 ○○日から ○○年 ○○月 ○○日まで ○○日間	
過去12か月	入院期間 (日数)	名称	○○○○病院
		所在地	日高市○○○○○○
②	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)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

過去12か月で90日を超える入院がある方は、該当に○をし、入院期間・医療機関名等を記入してください。

年 月 日

市長が証明する欄	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及びその世帯に属する被保険者に 年度の市民税が課されないことを証明する。
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、
	日高市長 印

備考 「市長が証明する欄」は、保険者が日高市長であって、当該事実を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、省略できる。

電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●

代理人 住所 _____

氏名 _____

世帯主との関係 _____

世帯主以外の方が申請するときは代理人欄を記入し、申請の際は、委任状または対象者の保険証を持参してください。