



国民健康保険

限度額適用

標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

記入例

被保険者証番号	●●●●●●●●		電話番号	■ ■ ■ - ▲ ▲ ▲ ▲ - ◆ ◆ ◆ ◆		
世帯主	住所	〒 427-8501 島田市中央町1-1				
	氏名	島田 太郎	印	生年月日	大・昭平・令 00年 0月 0日	
限度額適用 減額対象者	氏名	島田 花子	生年月日	昭平・令 00年 0月 0日	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	世帯主との続柄	妻	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
	長期入院	該当・非該当				

①	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
	入院をした医療機関	名称		
		所在地		
②	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
	入院をした医療機関	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
	入院をした医療機関	名称		
		所在地		
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
	入院をした医療機関	名称		
		所在地		
⑤	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
	入院をした医療機関	名称		
		所在地		

▲年 ■月 ●日

申請書届出人	島田 一郎
--------	-------

保険証区分	一般・退職本人・退職扶養
-------	--------------

限度額区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・Ⅱ・Ⅰ
-------	---------------------

委任状

窓口に届出にくる人のご住所、お名前のご記入をお願いします。自署の場合、押印は必要ありません。

委任された人(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

上記の者を代理人に選任し、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請の手続きを委任しましたので、届出します。

島田市長

世帯主様のご住所、お名前のご記入をお願いします。自署の場合、押印は必要ありません。世帯主様が委任状を書けない場合のみ、委任される方以外の方の代筆をお願いします。(代筆者の方のご署名もお願いします。施設等の方の場合肩書もお願いします。)

年 月 日

委任する人(世帯主)

住所 _____

氏名 _____ 印

代筆者 _____

代筆の理由 _____

- ※ 世帯主様が高齢及び病気等で委任状を書けない場合に限り代筆をお願いします。
- ※ 代筆者は、委任される方(代理人)以外の方です。施設または病院の方で、施設・病院の方は肩書も入れて御署名をお願いします。

【申請に必要なもの】

- ・申請書
- ・手続きに来る人の顔写真付き身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)
- ・マイナンバーがわかるもの(マイナンバーカード、通知カード)
- ・認定証が必要な方の国民健康保険証
- ・国民健康保険税を納めた領収書(こちらで保険税の確認ができない場合)
- ・(別世帯の人が申請する場合)委任状