

記載例

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	1234567				
世帯主	住所	藤枝市□□□ ○丁目△番地			
	氏名	藤枝 太郎			
	個人番号	1234 5678 9012			
限度額適用 減額対象者	氏名	藤枝 花子	生年月日	昭和○年□月△	
	個人番号	9876 5432 1098			
	世帯主との続柄	妻			
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
申請日の前1ヶ月間の入院期間(日数)		年	月	日から	日間
直近の12カ月の間に合計90日以上 の入院をされている場合は「該当」に○、 していない場合は「非該当」に○を付けてください。	(日数)				日間
	入院をした保険医療機関等	所在地			
3	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月
		所在地		日	日まで
4	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月
		所在地		日	日まで
5	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		年	月
		所在地		日	日まで

第三者行為(交通事故等)が理由で
病院を受診する場合は「有」に○、
そうでなければ「無」に○を付けて
ください。

上記のとおり、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

認定証の交付を申請します。

令和 ○年 □月 △日

藤枝市長 様

申請者

世帯主氏名 藤枝 太郎

代理人氏名

(自署または記名押印)

TEL 054-123-4567

(市使用欄)

番号確認方法	本人確認方法	保険証区分	適用区分	収納	受付者	90日超	決裁
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> システム(住基・国保)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> ()	70未満・前高 般・本・扶				該当 チラシ配布	