

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名				
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	
	個人番号				
	世帯主との続柄				
長期入院	該当・非該当	第三者行為	有・無		
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日 から 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	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 日間 年 月 日 まで		
	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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	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 日間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

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

世帯主氏名
 申請者
 代理人氏名

TEL

(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
☐ 個人番号カード ☐ 番号通知カード ☐ 住民票の写し等 ☐ システム(住基・国保)	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 在留カード ☐ 個人番号カード ☐ ()	70未満・前高 般・本・扶				該当 チラシ配布	