

(記入例)

発行期日 ()

国民健康保険

限度額適用
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		吹 国		○○○○○○○	
世帯主	住 所	吹田市○○町○○丁目○○番○○号			
	氏 名	国保 太郎		生年月日	○○年 ○○月 ○○日
限度額適用 減額対象者	氏 名	国保 花子		個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
	世帯主との続柄	妻		生年月日	○○年 ○○月 ○○日
長期入院	該 当 ・ 非 該 当	第三者行為 (交通事故)		有 ・ 無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和	年	マイナンバー わからない場合は、記入不要です。	
	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)	令和	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		月	日まで
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	令和	年	月	日から
	入院をした保険医療機関等	名称		月	日まで
		所在地			
発 行 区 分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ			
		低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

住 所 吹田市○○町○○丁目○○番○○号

世帯主名 (申請者) 国保 太郎

電話番号 ○○○○-○○○○

個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

吹田市長
後藤 圭二 あて

マイナンバー
わからない場合は、記入不要です。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 証発行区分 () 認定等年月日 (発行期日) 令和 年 月 日
	差 額 支 給	有 ・ 無	

受 付

チ ェ ッ ク