

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		魚沼	保険者		魚沼市 150235	
世帯主	住所	〒 (TEL - -) 魚沼市				
	氏名		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	
対象者	氏名		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
	世帯主との続柄		資格区分		○一般 退職(本人・扶養)	
	個人番号					
長期入院	該当・非該当		※長期入院該当申請の場合は申請の前1年間の入院期間を記入し、日数の確認できる書類を添付してください。			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令 年 月 日から		日間	
	入院をした保険医療機関名・所在地		名称			
		所在地				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令 年 月 日から		日間	
	入院をした保険医療機関名・所在地		名称			
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平・令 年 月 日から		日間	
	入院をした保険医療機関名・所在地		名称			
		所在地				
<input checked="" type="checkbox"/> 上記のとおり申請します。また、審査のため課税資料等の閲覧に同意します。 <input type="checkbox"/> 上記に係る認定証交付について、住所 _____ 氏名 _____ を 代理人として、その権限を委任します。 令和 年 月 日 個人番号 _____ 世帯主氏名 _____ 魚沼市長様						

※保険者確認欄

受付及び本人確認	本庁舎 北部事務所・入広瀬会館 受付者 ㊟	確認資料	免許証・パスポート・住基カード・身分証明書 保険証・医療受給者証・年金手帳・年金証書 マイナンバーカード・その他()
----------	-----------------------------	------	---

適用区分					交付				
前期高齢者			70歳未満者			窓口・郵送 処理日			
低Ⅰ	低Ⅱ	現Ⅰ	現Ⅱ	ア	イ	ウ	エ	オ	備考

適用年月日	令和 年 月 日
認定証有効期限	令和 年 月 日
長期該当	該当・非該当
課税状況	課税・非課税

決 裁	課長	係長	担当	
	令和 年 月 日			