

【高 齡】

国民健康保険 限度額適用

認定 申請書

限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日 申請

※太枠の中を記入をお願いします。

申請者(世帯主)			
住 所	青森県十和田市		
世帯主氏名		世帯主 個人番号	
電話番号 (携帯可)	☎	()	

窓口に来た方が世帯主以外の場合

住 所	青森県十和田市	同上	
代理申請人 氏 名		世帯主との 続柄	配偶者・子・親・ 病院(施設)職員・他()
電話番号 (携帯可)	☎	()	

交付状況	新規・更新	国保区分	一般	被保険者記号番号	十和田	
------	-------	------	----	----------	-----	--

認定証交付対象者						
住 所	青森県十和田市					同上
氏 名		生年月日	昭・平	年 月 日	性別	男・女
個人番号						

課税状況	現 II ・ 現 I ・ 低 II ・ 低 I	長期入院	該当 ・ 非該当
発効年月日	年 月 日	長期該当日	年 月 日

申請月 1 日より遡って一年以内の対象者入院履歴 (長期判定基準用)

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
医療機関名	十和田市立 中央病院	八戸市立 市民病院	青森県立 中央病院	・ その他 ()
医療機関住所				
医療機関電話番号				