

【若 人】

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・退本・退扶	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	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女	
個人番号						

課税状況	ア・イ・ウ・エ・オ			滞納有無	有・無
発効年月日	年 月 日	長期入院	該当・非該当	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	