

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

認定証交付申請書

被保険者記号・番号		記号	倉吉	番号		
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号				生年月日	年 月 日
長期入院	該 当 ・ 非 該 当			91日目該当日	年 月 日	
種類	一 般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養					
所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ					
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
(宛先)倉吉市長						
年 月 日						
上記のとおり申請します。なお、このことについて必要があるときは、私(世帯主)及びその世帯に属する被保険者の市民税の課税状況につき、貴市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。						
世帯主住所 倉吉市						
世帯主氏名						
個人番号						
電話番号						