

☐ 限度額適用認定

国民健康保険

☐ 限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

☐ 標準負担額減額認定

糸島市長 様
次のとおり認定証を申請します。

被保険者証番号									-		申請日	令和	年	月	日
申請者 (世帯主)	住所	糸島市													
	氏名									電話番号	(		)	-	
	個人番号														
届出者 (世帯主以外が 届出されたとき)	住所														
	氏名									電話番号	(		)	-	
	世帯主との 続柄	配偶者・子・父母・その他()													
認定を受けよう とする者	氏名														
	個人番号														
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日													
申請理由	☐ 病気で受診 ☐ けがや事故で受診(相手がいる) → 「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 ☐ けがや事故で受診(相手がいない)														
入院の状況	今日から過去1年間に通算して90日以上入院されたことがありますか？ ☐ ある (入院日数合計 日) ☐ なし														
	① 入院日数	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日 (日間)													
	医療機関等名称														
	医療機関等所在地														
	② 入院日数	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日 (日間)													
	医療機関等名称														
医療機関等所在地															

※太枠内を記入してください。

※確認欄

受付日	受付者	所得区分判定	適用区分	認定証発効年月日	交付
/		☐ 判定 チェック	ア・イ・ウ・エ オ・Ⅱ・Ⅰ 現役並みⅡ・現役並みⅠ	年 月 日	/ 窓口・郵送

長期入院 オ・Ⅱ	入院日数	日
	確認方法	領収証・国保連・ 医療機関確認・その他()
	今年度課税区分	課税・非課税
	前年度課税区分	課税・非課税
	長期該当年月日	年 月 日

収納状況	完納・未納
第三者行為届出	済・非該当・勸奨済
外国人在留資格等確認	要(※)・不要
※確認書類等	在留カード・住民基本台帳
備考	