

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者証記号番号		29 - -		新規・再交付	
世帯主	住所				
	氏名			個人番号	
	電話番号	() -			
対象者	氏名			個人番号	
	生年月日	年	月	日	世帯主との続柄

長期入院		該当・非該当		長期入院該当年月日		年 月 日	
1	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		住所					
2	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)					
	入院をした保険医療機関等	名称					
		住所					

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

また、国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付の審査等に関し、国民健康保険に加入している全ての世帯員について、市が市民税課税台帳を確認することに同意します。

年 月 日

府中市長

世帯主 氏名 (印)

世帯員 氏名 (印)

氏名 (印)

氏名 (印)

※ 国民健康保険に加入している全ての世帯員の署名・なつ印が必要となります。

届出人	氏名			世帯主との続柄	
-----	----	--	--	---------	--

市記入欄

保険区分	一般・退職	確認	公簿・簡易申告・所得照会・扶養	備考
区分	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II	発行処理	窓口・郵送 (/)	
納付状況	滞納あり・滞納なし	受付者		