

- 新規
- 再交付
- 更新

倉敷市国民健康保険限度額適用認定申請書
 倉敷市国民健康保険標準負担額減額認定申請書
 倉敷市国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記入例

倉敷市長あて

被保険者証の記号番号		岡	2	9	9	9	—	9	9	9	9											
対象者	氏名	倉敷 花子						住所	倉敷市 西中新田640番地													
	世帯主との続柄	妻						氏名	倉敷 太郎													
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	9	月	7	日	5	電話番号	(086) 426 — 3282												
対象者の個人番号		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	申請者（世帯主）の個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

長期入院該当の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 → 入院期間等記入	傷病原因	<input type="checkbox"/> 加害者のあるもの <input checked="" type="checkbox"/> それ以外
-----------	--	------	---

※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院していることです。ただし、住民税非課税の期間に限ります。

長期入院該当の場合、記入してください。		合計日数	日間
①	申請月以前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)	
	入院した保険医療機関等の名称	※医療機関コード	
②	申請月以前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)	
	入院した保険医療機関等の名称	※医療機関コード	
③	申請月以前の1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日間)	
	入院した保険医療機関等の名称	※医療機関コード	

今回この認定証に限り、下の送付先に送付してください。(送付先を変更したい場合、記入してください。)

〒()-()

上記のとおり認定証の交付を申請します。 令和 6 年 6 月 3 日

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。ただし、保険料の滞納等により支払いが免除されないことがあります。
 ※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

申請人確認欄

申請人	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主本人 → 記入不要	住所	
	<input type="checkbox"/> 認定証交付対象者 → 記入不要		
	<input type="checkbox"/> その他世帯員 → 右欄 氏名を記入	氏名	
	<input type="checkbox"/> 世帯外の代理人 → 右欄 すべて記入、別紙委任状を添付		

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他 → []	

*****以下記入不要*****

備考				認定区分	ア	イ	ウ	エ	オ	食	低I	低II	現並I	現並II
受付日	令和	年	月	日	受付窓口	国保	児島	玉島	水島	庄	茶屋町	船穂	真備	入力