

国民健康保険限度額適用認定申請書
兼国民健康保険限度額適用・標準負担額減額適用認定申請書

被保険者の記号番号	松 ー			
限度額適用 認定対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			

長期入院 (住民税非課税 世帯のみ)	過去一年間の入院日数が90日を超え、長期該当の認定を受ける場合、下欄を記入し、入院日数を証明するものを添付して「該当」に○をつけてください。			
	該当・非該当			
	申請日の前一年間 の入院期間 (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	名称		
所在地				

工作中（通勤中）のけがや 交通事故（第三者行為）等ですか。	はい・いいえ
----------------------------------	--------

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

個人番号 _____

電話 _____

(宛先) 松戸市長

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

※認定証は原則国民健康保険上の世帯主に送付します。ただし特別な事情がある場合、医療機関・療養施設等に直接郵送することができます。ご希望の場合は、必ず医療機関・療養施設等の担当者の了解を得た上で下記認定証送付欄に記入してください。

認定証 送付先	〒 ー		
	送付先名称	担当者名	

※納付相談後に認定証を交付した場合で、納付計画通りに納付がなかったときは、認定証の返還を求めることがあります。

処理欄

適用区分	発行方法	相談	受付	備考
ア イ ウ エ オ 低所得者 I II 現役並み I II	窓口 郵送			