

国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

被保険者情報	被保険者証番号	恵庭					申請日： 年 月 日		
	世帯主	住所	恵庭市						
		氏名				生年月日	年 月 日		男・女
		個人番号							
		電話番号							

認定対象者欄	療養を受ける方 <small>(※世帯主の場合は記入の必要がありません。)</small>	氏名				生年月日	年 月 日		男・女
		個人番号							
		世帯主との続柄				長期入院	該当・非該当		

※「申請代行者欄」は、世帯主及び療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名				関係			
	電話番号				申請代行の理由	<input type="checkbox"/> 入院中のため外出不可 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所							

※「入院期間証明欄」は長期入院に該当する方で領収書または保険者で確認できない方のみ記入が必要となります。

入院期間証明欄	医療機関名				年 月 日から			
	所在地				年 月 日まで	日間		
	上記のとおり入院期間を証明します。 年 月 日 医療機関名 印							

恵庭市長 様

保険者記入欄					
受付場所	本庁・島松・恵み野・中恵庭	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ		受付印
変更年月日	理由： 年 月 日		現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		
確認者印	減額認定を却下した場合 却下年月日 年 月 日	受付	入力		