

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

申請日：令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者証番号	恵庭	8 1 0 0 0 0 0 0	資格	一般・退職本人・退職扶養・軽減特例				
	世帯主	住所	恵庭市 京町1番地						
		氏名	国保太郎 (国保)			生年月日	(昭和)平成 25年 11月 1日		(男・女)
		個人番号							
		電話番号	0123-33-3131						

認定対象者欄	療養を受ける方	氏名	国保花子			生年月日	(昭和)平成 27年 4月 1日		(男・女)
		個人番号							
	世帯主との続柄	妻			長期入院	該当・非該当			

※世帯主の場合は
記入の必要が
ありません

認定証を必要としている方が世帯主以外の場合にはご記入ください。

※「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		平成・令和 年 月 日から	
	所在地		平成・令和 年 月 日まで	日間
	上記のとおり入院期間を証明します。 令和 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	令和 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	受付	入力		
	却下年月日 令和 年 月 日				

