

(一般 ・ 退職)

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

中野区長 宛

下記のとおり認定の申請をします

被保険者証記号番号	14 - -	申請日	年 月 日
世帯主	住所	中野区	
	氏名	生年月日	S・H 年 月 日
		マイナンバー
限度額適用	氏名	生年月日	S・H 年 月 日
		マイナンバー
減額対象者	世帯主との続柄	電話番号	()
今回の申請は、第三者の行為による傷病の治療目的ではない			はい ・ いいえ

来庁者	氏名	対象者とのご関係
		電話番号 ()

長期入院 (該当 ・ 非該当) ※非課税世帯で、過去12ヶ月の入院日数が90日を超える方			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

送付先指定 ※ 住民登録地以外への限度額証の送付を希望する方は記入してください。

住所	〒		
氏名	続柄	電話番号	()
チェックを入れて下さい	<input type="checkbox"/> 今回の限度額証の申請のみ、上記住所地への送付を希望 <input type="checkbox"/> 今後の限度額証更新のご案内等も、上記住所地への送付を希望		

受付

区職員処理欄

確認欄	<input type="checkbox"/> 税証明書により確認 <input type="checkbox"/> 簡易申告書により確認 <input type="checkbox"/> () により確認
	適用区分 (ア・イ・ウ・エ・オ) (現役並みⅡ ・ 現役並みⅠ) (非課税Ⅱ ・ 非課税Ⅰ)
	証交付方法 (窓口交付 ・ 郵送)
	証交付状況 (新規交付 ・ 再交付)

決定	平成 年 月 日
	保険医療分野 国保給付
	担当 執行責任者