



下記のとおり認定証の交付を申請します。

年 月

申請にあたり、国民健康保険担当者が私の世帯の課税資料等を調査し、及び閲覧することに同意します。

被保険者証記号番号					
世帯主	住所	廿日市市			
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月 日
			個人番号		
限度額適用 減額対象者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月 日
			個人番号		
	世帯主との続柄		電話（	）	—
長期入院	該当・非該当				
①	申請日の前の1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等		名称		
			所在地		
②	申請日の前の1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等		名称		
			所在地		
③	申請日の前の1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等		名称		
			所在地		

証受領
 者氏名

確認書類： 免許 ・ 保険証 ・ その他（ ）

※市記入欄

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・ 区Ⅰ・区Ⅱ	退資区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶
発効期日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
長期該当	該当 ・ 非該当	長期該当申請日	年 月 日
証に記載する 長期該当年月日	年 月 日	非自発的失業者	該当 ・ 非該当
7月末以外の有効期 限又は退職資格期間	年 月 日（□までは退職）	収納確認	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> その他 （ ）

上記のとおり区分を認定し、証を交付してよろしいか。

課長	課長補佐	係長	係員	起案者	[起案年月日] . . .
					[決裁] 同日 . . .
					[施行] 同日 . . .
					郵送 ・ 窓口