



廿日市市長 様

年 月 日

下記のとおり認定証の交付を申請します。

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。

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	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	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	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

※ マイナ保険証を利用すれば、事前の手続を行うことなく、医療機関での支払額が自己負担限度額までとなります。マイナ保険証を是非ご利用ください。

確認書類：マイナンバーカード・免許証・資格確認書・その他（ ）

※以下市記入欄

適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・区Ⅱ・区Ⅰ	第三者行為の有無	有・無
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	該当・非該当
7月末以外の 有効期限	年 月 日	収納確認	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> その他（ ）

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

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。