

マイナ保険証を利用すれば、認定証の申請手続きなく、医療機関の窓口での医療費の支払いを高額療養費の自己負担限度額までとすることができます。マイナ保険証をぜひご利用ください。



かほく市国民健康保険

限度額適用  
限度額適用・標準負担額減額

認定証交付申請書

(宛先) かほく市長

申請日

令和 年 月 日

申請者	住所																			
	氏名						電話番号	- -												
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 (            ) <input type="checkbox"/> その他 (            )    ※委任状が必要です。																		
世帯主	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					個人番号													

対象者	氏名				性別	生年月日			長期入院	
	(フリガナ)				男 女	昭和 平成 令和			<input type="checkbox"/> 該当 (令和 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ					年 月 日				
	個人番号				世帯主との続柄		<input type="checkbox"/> 非該当			

※長期入院に該当する場合は、申請日の前1年間の入院期間(日数)を記入してください。ただし、公簿等で入院期間(日数)が確認できる場合は、記入を省略することができます。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から			令和 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1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から			令和 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1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			(            日間 )	
	入院をした保険医療機関等	名称							
所在地									

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区分	(若年) <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	(高齢) <input type="checkbox"/> 現Ⅲ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ			
個人番号確認		本人確認	受付	作成	交付
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 (            )		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 (            )			<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送( / )