

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 限度額適用・標準負担額

申請日・保険証記号番号と、世帯主
 について記入

(宛先) かほく市長		申請日		令和 3 年 11 月 11 日			
保険証記号番号		0 0 0 0 0 0 1 7 1 0 0					
世帯主	住所	かほく市 宇野気ソ34				番地 1	
	氏名	河北 太郎		生年月日	昭和5年5月5日 男・女		
	個人番号	0000 0000 0000			TEL	000 000 000	
限度額適用 減額対象者	氏名	河北 花子		生年月日	昭和27年7月24日 男・女		
	個人番号	0000 0000 0000			世帯主との続柄 妻		

長期入院	該当・非該当	※長期入院期間が90日を超えた場合をいいます。 限度額認定証が必要な方について記入 ※ (収証等) を添付してください。	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和3年 8月 1日から 92日間 令和3年 10月 31日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院
		所在地	〇〇市
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	病院
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした保険医療機関等	名称	病院
		所在地	

市町村民税非課税世帯の方で、過去12か月の入院日数が90日を超える場合はご記入ください
 (入院日数が確認できる領収書等の書類を添付)
 _____、 _____、
 市長名 印

備考 「市区町村が証明する欄は」、保険者が市区町村であって、当該事実を公募等によって確認することができるときは、省略できる。

市町村 確認欄	申告	収納	年齢	区分	作成	発送