

国民健康保険 限度額適用認定申請書
兼 標準負担額減額認定申請書
兼 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

厚木市 国民健康保険				
被保険者 記号番号	13 -	減額対象者 氏名		資 格
生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄		
個人番号		長期該当	該当・非該当	適用区分

長期入院該当者のみ記入してください。（入院の事実が確認できる書類を添付してください）

①	申請日の前の 1年間の入院日数	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	申請日の前の 1年間の入院日数	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		
③	申請日の前の 1年間の入院日数	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		
④	申請日の前の 1年間の入院日数	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		
入院日数の合計				日間

上記のとおり認定証の交付を申請します。

年 月 日

厚木市長宛 住 所 _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

来庁者氏名 _____

電話番号 () _____

※個人番号確認欄

該当者

確認者 ()

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明	<input type="checkbox"/> 住基
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証等	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

申請者

確認者 ()

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明	<input type="checkbox"/> 住基
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証等	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
代理権確認	法定代理人		法定代理人以外	
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本その他資格を証明する書類		<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> その他 ()
代理人身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証等	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()