

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				
被保険者証 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	<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	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他 ()
代理権確認	<small>法定代理人</small>		<small>法定代理人以外</small>		
	<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	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他 ()