

# 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証交付 申請書

仙台市 区長宛  
 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付について申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者(世帯主)	被保険者証	記号 仙台	番号 <input type="text"/>	(世帯の国民健康保険の番号をご記入ください)	
	氏名	(フリガナ)			
	個人番号	<input type="text"/>			
	住所	仙台市 区			
	電話番号	( ) -			

交付対象者等	療養を受ける方	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
	個人番号	<input type="text"/>		
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1.第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 2.業務上の災害 <input type="checkbox"/> 3.その他(疾病等)	療養予定期間	年 月 ~ 年 月

----- <以下は記入不要です> -----

長期入院	申請月以前一年間の入院日数の合計	日	
	医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から
	所在地		年 月 日まで
			日間
医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から	
所在地		年 月 日まで	
		日間	
医療機関名	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から	
所在地		年 月 日まで	
		日間	

交付年月日	
発効期日	
有効期限	
適用区分	

			入力	受付

(収受印)