

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 **青葉** 区長苑

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 **令和 〇年 〇月 〇日**

申請者(世帯主)	被保険者証	記号 仙台	番号 1 2 3 × × × ×	(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) 仙台 太郎	セウダイ タロウ	
	個人番号	9 8 7 6 × × × × × × × ×		
	住所	仙台市 青葉 区 国分町3丁目7-1		
	電話番号	(090) 〇〇〇-〇〇〇〇	日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	

交付対象者等	療養を受ける方	(フリガナ) 仙台 花子	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
	個人番号	1 2 3 4 × × × × × × × ×		
	傷病の原因	3 1. 第三者行為（交通事故等） 2. 業務上の災害 3. その他（疾病等）	療養予定期間	令和 〇年 〇月 ~ 令和 〇年 〇月

----- <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	所在地	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	医療機関名	所在地	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	医療機関名	所在地	申請月以前一年間の入院期間・入院日数	年 月 日から 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〕