

国民健康保険

限度額適用 限度額適用・標準負担額減額

認定証 交付申請書

この申請書は、高額な受診や入院される方の医療費を、世帯の所得区分に応じて一定額までの窓口負担とする限度額の認定証の交付申請手続きに使用します。

<認定対象者>（受診や入院される予定の方）

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()		被保険者番号	北見 -		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 上位Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ	過去 12 か月で 91 日以上の入院他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(長期入院該当) <input type="checkbox"/> 有(第三者行為の有無)	

<長期入院該当者のみ記入>（過去 12 か月で合計 91 日以上）

	入院した医療機関名	保険医療機関所在地	申請日の前 1 年間の入院期間（日数）
①			/ / ~ / / (日間)
②			/ / ~ / / (日間)
③			/ / ~ / / (日間)
④			/ / ~ / / (日間)
⑤			/ / ~ / / (日間)

<申請者>（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様		(申請日) 年 月 日		
上記のとおり申請します。				
フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名	署名		個人番号	
			電話番号	- -
住所	(建物名等)			

北見市使用欄

申請区分	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	認定等年月日	年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
確認資料	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> その他()	有効期限	年 月 日		区分Ⅰ・区分Ⅱ
証区分	<input type="checkbox"/> 通常証 <input type="checkbox"/> 短期証	長期該当	年 月 日		現役Ⅰ・現役Ⅱ

本人確認	提出方法	備考	第 4 類	課長	係長	係
① 番・免・バ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員() <input type="checkbox"/> 同住()	No. _____				
② 証・年金・児童 バス・社員・高齢証 他()	<input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送	処理 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 却下	国保番号			
			宛名番号			

