

受付印

国民健康保険

☐ 限度額適用
☐ 標準負担額減額
☐ 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

年 月 日

下記のとおり認定証の交付（再交付）を申請します。
申請にあたり、国民健康保険担当者が私の世帯の課税資料等を調査し、閲覧することに同意します。

記号・番号		電話番号		
世帯主	住所	広島県安芸郡熊野町		
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄	第三者行為の該当の有無		有・無

この欄は長期入院該当の場合のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで（ 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1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで（ 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1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

証受領者
氏 名 連絡先（ ）

※熊野町記入欄

証受領者 本人確認 ☐ 済 [☐ 免許証 ☐ マイナンバー ☐ 保険証 ☐ その他（ ）]

滞納状況確認 ☐ 滞納無 ☐ 収納管理課案内 ☐ 相談済

証発効期日： 年 月 日

長期該当の説明 ☐ 済 該当の場合⇒長期入院該当年月日： 年 月 日①

証に記載する長期入院該当年月日： 年 月 1日（①の翌月1日）

長期該当確認資料 ☐ 医療機関等証明書 ☐ 領収書 ☐ その他（ ）

証の有効期限：☐ 翌7月末 ☐ 年 月 日

再交付の場合の申請理由：☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他（ ）

備考

課 長	課長補佐	主 査	グループ員	証交付確認	起案(受付)者	[起案] <input type="checkbox"/> 申請日に同じ <input type="checkbox"/> 年 月 日 [決裁] <input type="checkbox"/> 同日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 [施行] <input type="checkbox"/> 同日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送