

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	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ		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）				
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）				
①	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
②	入院をした保険医療機関等	名 称				
		所在地				
③	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④

証に記載する長期入院該当年月日： 年 月 1日 (④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 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
						□窓口 <input type="checkbox"/> 郵送