国民健康保険 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証 交付申請書

被保険者番号				
限度額適用減額対象者	名　前		個人番号	・　・
			生年月日	年　月　日

適用区分が「オ」又は「Ⅱ」の認定を受けている人で，長期入院該当の申請をする人のみ，次の入院状況記入欄に記入してください。なお，申請月以前の１年間で９１日以上入院している人が対象です。

入院状況記入欄	１年以内の入院期間及び日数			入院をした保険医療機関等	
	1	年　月　日から 年　月　日まで	日間	名　称	
				所在地	
	2	年　月　日から 年　月　日まで	日間	名　称	
				所在地	
	3	年　月　日から 年　月　日まで	日間	名　称	
				所在地	
	入院日数合計（　　日間）				

上記のとおり申請し，世帯の所得調査に同意します。
また，資格異動及び所得更正等により限度額が変更した場合は，福山市長の指示に従います。

福　山　市　長　様　　年　月　日

世帯主　住　所
フリガナ
名　前　　（電話　　）
（個人番号　　・　　・　　）

世帯主以外の人が申請される場合のみ記入してください。（同世帯の人は住所記入不要）

申請人　住　所
（窓口に来た人）　フリガナ
名　前　　（電話　　）
（世帯主との続柄　　）

病院又は世帯主の住所地以外に送付を希望される人のみ記入してください。

（〒　　―　　）　住　所
名　前

（審査結果）		本人確認欄	□保険証　□免許証　□個人番号カード（写真付）　□その他（　　）		
若人	5：上位ア	6：上位イ	交付年月日　年　月　日	支所受付印	保険年金課受付印
	7：一般ウ	8：一般エ	発行年月日　年　月　日		
	9：非課税オ	（長期）	長期該当日　年　月　日		
高齢者	8：現役並Ⅱ	9：現役並Ⅰ	備考		
	3：低所得Ⅱ	（長期）			
	4：低所得Ⅰ				
	非該当（一般・現役並Ⅲ）				
滞納	有・無	担当		受付担当者	受付担当者

※この申請書は，市民部保険年金課で保管します。

2022－保年－26　A4　2022.4　500