

【記入例】

赤い枠内を黒いボールペンで記入して下さい
(消せるボールペン不可)

国民健康保険

- 限度額適用
 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書
 標準負担額減額

北上市長 様

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者証記号番号		資格	一般 退職本人 退職扶養
世帯主	住所	北上市 ○○町 1-1	
	氏名	北上 太郎 印	連絡先 0123-45-6789
対象者	氏名	北上 花子 認印	生年 昭和・平成・令和 月 日 ○年 ○月 ○日
	個人番号	※空欄でかまいません	
	性別	男・女	世帯主との続柄 妻・子・姉等
届出人	住所	北上市○○町 1-2	連絡先 12-3456
	氏名	北上 次郎	世帯主との続柄 子・兄等
第三者の行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
非課税世帯の長期入院該当者記入欄	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした保険医療機関・薬局等
	年 月 日から	年 月 日まで 日間	名称
	年 月 日から	年 月 日まで 日間	所在地
	年 月 日から	年 月 日まで 日間	名称
年 月 日から	年 月 日まで 日間	所在地	

上記と同じ場合は同上でかまいません

交通事故かどうか

【処理欄 新規 ・ 更新 ・ 再交付 ・ 長期該当】

届出人本人確認		運転免許証 ・ 保険証 ・ □ ()	
区分	課税世帯	70歳未満	ア イ ウ エ
		70歳以上	オ 長期入院 非該当・該当 (年 月から該当)
	II □病院に連絡済		
	非課税世帯	I	受付印
II		受付印	
交付方法 (更新時)		転送願 窓口 ・ 郵送 ⇒ なし ・ あり <input type="checkbox"/> 申告済確認 <input type="checkbox"/> 連絡票交付 <input type="checkbox"/> 提出済	