

# 【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	連絡先	0123-45-6789	
対象者	氏名	北上 花子	生年 月日	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日	
	個人番号	※空欄でかまいません			
	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
	非課税世帯	70歳以上	オ	長期入院 非該当・該当(年 月から該当) □病院に連絡済	
			低II		
	課税世帯		低I		
現役並みI			現役並み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		