

国民健康保険限度額適用・標準負担額適用認定申請書

一般・退職

被 保 険 者		記 号	埼 久		番 号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
世 帯 主	住 所	埼玉県久喜市下早見 85-3					
	氏 名	久喜 太郎				性 別	男
	②国民健康保険の世帯主の情報をご記入ください。						
減 額 対 象 者	氏 名	久喜 一郎				性 別	男
	生 年 月 日	昭和 46 年 3 月 23 日	個 人 番 号			続 柄	子
申 請 日 前 一 年 間 の 入 院 状 況	③限度額適用認定証の対象とする方の情報をご記入ください。						及 び 入 院 日 数
							日間
	世帯主から見た関係をご記入ください。						日間
							日間
④申請のお手続きをされる方の情報をご記入ください。							
申 請 者 (代 理 人)	住 所	久喜市下早見 85-3					受 付 印
	氏 名	久喜 花子		世帯主との続柄(妻)			
	電 話	()					
確 認 欄	日中つながる電話番号をご記入ください。						
	非課税確認						

申請の前に下記をご確認ください。

この申請書は久喜市国民健康保険に加入されている方のみ使用してください。後期高齢者医療や社会保険等に参加されている方は各保険組合にご相談ください。

- ①番号…被保険者証や資格確認書等に記載されている8桁の数字をご記入ください。
- ②世帯主…国民健康保険の世帯主の情報をご記入ください。
- ③減額対象者…限度額適用認定証の対象とする方の情報をご記入ください。
- ④申請者(代理人)…窓口または郵送にてお手続きをしていただく方の情報をご記入ください。