

三重県国民健康保険 (月～)
☐ 限度額適用認定申請書 (ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ I ・ II) ☐ 郵送
☐ 限度額適用 ・ 標準負担額減額認定申請書 (オ ・ I ・ II)
☐ 標準負担額減額認定申請書 (オ ・ I ・ II)

(宛先) 松阪市長

下記のとおり認定証の交付を申請します。

被保険者等番号		申請日		令和 年 月 日		
世 帯 主	住 所	松阪市				
	氏 名	印		電話番号		
	個人番号					
限度額 適用減額 対象者	氏 名					男 ・ 女
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄			
	個人番号					

※世帯主、対象者以外の方が窓口に来られた場合にご記入下さい。

窓口に 来られた 方	☐ 世帯主 ☐ 対象者					
	住 所	☐ 世帯主と同じ				
	氏 名	電話番号		☐ 世帯主と同じ		

長期入院	該当 ・ 非該当
------	----------

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所在地	

本人・番号 確認書類	☐ 運転免許証	☐ 手帳(身体・精神・療育)	☐ 年金手帳	受 付
	☐ パスポート	☐ 身分証明書(写真有・無)	☐ 高証・限度額証	
	☐ 住基カード(写真有・無)	☐ 学生証(写真有・無)	☐ 住民票	作 成
	☐ 個人番号カード	☐ 資格証明書(写真有・無)	☐ 福祉医療受給資格証(こども・一人親・障がい)	
	☐ 在留カード	☐ 保険証(国・後・社・共・介)	☐ その他 {	
☐ 特別永住者証明書	☐ 資格確認書			
	世帯主	本 ・ 代 ・ 職	個 ・ 通 ・ 住 ・ 画 ・ 他 ()	
	対象者	本 ・ 代 ・ 職	個 ・ 通 ・ 住 ・ 画 ・ 他 ()	