国民健康保険

☐ 限度額適用　（ア～エ）（現Ⅰ・現Ⅱ）
☐ 標準負担額減額
☐ 限度額適用・標準負担額減額
（オ）（低Ⅰ・低Ⅱ）

認定申請書

受付

被保険者証の記号 番号 枝番		津国　000000　01		
世帯主	住　所	泉大津市　〇〇町〇丁目〇番〇号		
	氏　名	泉大津　太郎		
	電話番号	（自宅・携帯）　０７２５-〇〇-〇〇〇〇		
対象者	氏　名	☐ 同上 泉大津　花子	生年月日	昭　平　令 〇〇　年　〇月　〇日
	世帯主との続柄	妻	個人番号	（　省略可　）
申請者	住　所	☑ 同上		
	氏　名	☑ 同上（世帯主・対象者）	世帯主との続柄	本人
	電話番号	（自宅・携帯）		
適用区分				般
発効期日	令和			月　日
長期入院（オ・低Ⅱ）				

【記入例】

①	申請日の前１年間	から 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）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	