別記様式第７号（第１２条の３、第１２条の５、第１２条の８、第１２条の９関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  国民健康保険 | 限度額適用 | 認定証交付申請書 |
| 食事療養生活療養 | 標準負担額減額 |
| 限度額適用・標準負担額減額 |

　　年　　月　　日

関市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（世帯主）届出人※ | 住　　所　　関市　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※世帯主と届出人が同一人の場合は記入不要　　　(　電話番号　　　　　―　　　　―　　　　) |
| 　次のとおり交付申請します。　なお、税の申告・世帯異動等による世帯所得区分の変更及び認定証交付基準を満たさなくなった場合は、速やかに認定証を返還します。　また、関市が医療機関に認定証の記載内容の変更を連絡することに同意します。 |
| 認定を受ける被保険者 | 被保険者記号・番号 |  |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 | 世帯主との続　柄 |  |
| 第三者行為（交通事故等） | 該　当　　　 ・ 　　　非該当 |

　※住民登録地以外への認定証の送付を希望する方は記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　- |
| 氏　名 |  | 世帯主との続　柄 |  | 電話番号 | * -
 |

※市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得(申告)確認 | 有　・　無 |  | 本人確認 | □免許証　□個人番号カード |
| 区　分 | ア・イウ・エ | オ | オ※長期 |  | □その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |
| 受付者 | 交付者 | 受　付　印 |
| 低Ⅰ低Ⅱ | 低Ⅱ※長期 | 現Ⅰ現Ⅱ |  |  |  |
| ※長期の場合申請日の前１年間の入院日数（オ・低Ⅱ） | 日 |
| 滞　納 |
| 交付 | 窓口　・　郵送(　　／　　) | 有　・　無 |