

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
食事療養標準負担額減額
生活療養
限度額適用・標準負担額減額 } 認定証交付申請書

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所 関市 _____

(世帯主) 氏 名 _____

個人番号 _____

届出人※ 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	
区 分	ア・イ ウ・エ	オ	オ ※長期
	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
交 付	窓口 ・ 郵送(/)		

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()
------	--

受付者	交付者	受 付 印
滞 納		
有 ・ 無		