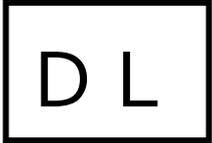


国民健康保険

{ 限 度 額 適 用
標 準 負 担 額 減 額 }
{ 限度額適用・標準負担額減額 }

認定申請書



練馬区長 殿

以下のとおり申請します。

| | | | |
|-------------|---------|---------|-------|
| 記号番号 | 20— — | 申請日 | 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | () | | |
| 世帯主 | 氏名 | 世帯主個人番号 | |
| 限度額適用・減額対象者 | 氏名 | 対象者個人番号 | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | |

| | |
|------------|---|
| 窓口に 来た方 | <input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 世帯主または同一世帯員[氏名:] |
| | <input type="checkbox"/> 上記以外 [氏名:] [対象者との関係:] |
| | [電話番号: ()] |

| | | | | |
|---|-------------------|---------------------|------|-----|
| ① | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | | |
| | 入院した 保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | 電話番号 | () |
| ② | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | | |
| | 入院した 保険医療機関等 | 名称 | | |
| | | 所在地 | 電話番号 | () |

*上記住所以外への郵送の場合は、以下の太枠内もご記入ください。

| | | | |
|--------|-----|---------|--|
| 送付先の住所 | 〒 | | |
| 氏名 | | 対象者との関係 | |
| 電話番号 | () | | |

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手續なく、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。(※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。)

| | | | |
|-----------|--|-------|---|
| 発行理由 | <input type="checkbox"/> 念のため <input type="checkbox"/> 入院等の予定有 | 入院期間 | 月 日 ~ 月 日 |
| 若年・前高 | <input type="checkbox"/> 若年 <input type="checkbox"/> 前高 | 保険料滞納 | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 届出書、 <input type="checkbox"/> 勸奨) <input type="checkbox"/> 無 |
| 適用区分 | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅰ <input type="checkbox"/> 非課税Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ | | |
| 長期入院 | <input type="checkbox"/> 該当[年 月 日から] <input type="checkbox"/> 非該当 ※オ・非課税Ⅱのみ記入 | | |
| 来庁者本人確認書類 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード* <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 受付者 | 【備考】 | | |

月過ぎ説明済み