

日田市国民健康保険

限度額適用
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

高額
現物

(あて先) 日田市長

世帯主と同じ(同じ場合は記入不要)

対象者	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	世帯主との続柄	個人番号				

◎労災 有 ・ 無
◎第三者行為 有 ・ 無

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	

※注意事項※

この証は医療費を自己負担限度額までの支払いにする証です。国保加入者の異動に伴う世帯所得の増減等により、限度額が変更になることがあります。変更になった場合、今回交付した証を返還していただきます。また、限度額変更後に変更前の証を使用した場合や、国民健康保険の資格喪失後に使用した場合、差額の支払い等が発生することがありますのでご注意ください。

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

被保険者番号 _____

住所 日田市 _____

世帯主(申請者) 氏名 _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

職員記入欄

①長期入院	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(令和 年 月 日)(レセプトデータにて確認可・不可)
②負担区分	70歳未満 ア・イ・ウ・エ・オ
	70~74歳 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ
③適用年月日	令和 年 月 日
④滞納(過年)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑤税確認	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書
	<input type="checkbox"/> 保護申請却下通知
	<input type="checkbox"/> 公簿
	<input type="checkbox"/> 却下(理由)
⑥申請内容	<input type="checkbox"/> 再発行
⑦本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> その他()

受付印

※推計課税世帯、未申告世帯及び70未満の短期証世帯は発行できない