受付印

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

東広島市長

次のとおり関係書類を添えて交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日

被保険者　記号・番号	広５８	

世帯主	住　所	
	氏　名	
	電話番号	
対象者	氏　名	□ 世帯主と同じ
	生年月日	Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日

世帯主個人番号		対象者個人番号	

※個人番号を記入する場合は、本人確認書類を提示してください。

長期入院	□ 長期入院の認定を申請する（入院日数を証するものを添付）		
	申請日の前１年間において、標準負担額減額の認定を受けた期間における入院日数の合計（要９１日以上）		日
	入院期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日	
	入院した保険医療機関等	名　称	
		所在地	

委任欄（別世帯の方（代理人）が申請書の提出及び認定証の受領をする場合に記入してください。）

申請書の提出及び認定証の受領を下記の者に委任します。

令和　　年　　月　　日

受任者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主との続柄 ＿＿＿＿＿＿

委任者

（世帯主）　氏名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※委任者以外が署名する場合は、委任者の本人確認書類も必要です。

市確認欄	確　認	□本人確認　□番号確認　□代理権確認			□再交付　□不認定（　　）	
	適用区分	□ア　□イ　□ウ　□エ　□オ			□現Ⅰ　□現Ⅱ　□低Ⅰ　□低Ⅱ	
	保険税	□無　□有　□特別事情有			交付日	令和　　年　　月　　日
	決裁日	令和　　年　　月　　日			交付方法	□窓口交付　□郵送
	決　裁	課長	課長補佐	係長	係員	逓送日
						／