

太枠の中を記入してください

国民健康保険		<input checked="" type="radio"/> 限度額適用 <small>標準負担額減額</small> 限度額適用・標準負担額減額		認定申請書 (郵送申請用)	
被保険者証番号		1234567			
世帯主	住所	伊賀市四十九町3184			
	氏名	伊賀 にん太	生年月日	S32 年 2 月 22 日	
減額対象者	氏名	伊賀 しのぶ	個人番号		
	世帯主との続柄	妻	生年月日	S42 年 2 月 22 日	
長期入院該当	該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	交通事故等の第三者行為	有	<input checked="" type="radio"/> 無

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで	入院した保険医療機関等	所在地
	入院した保険医療機関等			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで	入院した保険医療機関等	名称 所在地
	入院した保険医療機関等			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで	入院した保険医療機関等	名称 所在地
	入院した保険医療機関等			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。 年 月 日

住所 伊賀市四十九町3184
 世帯主名 伊賀 にん太 伊賀市国民健康保険税に滞納はありません
 電話番号 090-0000-0000
 伊賀市長 様 ※平日の日中に連絡がとれる番号を記入してください。

世帯主の身分証明書(運転免許証、パスポート、在留カード、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。
 記入漏れなどがある場合は、連絡させていただきます。連絡がつかない場合は、返送させていただきます。
 伊賀市国民健康保険税に滞納がある場合は、交付できません。
 長期入院に該当する場合は、90日以上入院があったことがわかる医師等の写しを添付してください。

処 理 欄	適用区分			発行確認		完・未
	<input type="checkbox"/> 上位ア	<input type="checkbox"/> 非課税オ	<input type="checkbox"/> 高齢現II	<input type="checkbox"/> 限度(ア・イ・ウ・エ・		
	<input type="checkbox"/> 上位イ	<input type="checkbox"/> 高齢低II	<input type="checkbox"/> 高齢現I	・現II・現I)		
	<input type="checkbox"/> 一般ウ	<input type="checkbox"/> 高齢低I	<input type="checkbox"/> 減額認定のみ	<input type="checkbox"/> 限度・減額	<input type="checkbox"/> 減額	
<input type="checkbox"/> 一般エ	<input type="checkbox"/> 長期該当(オ・低II・減)		(オ・低II・低I)			

認定を希望するものに○をつける

世帯主について記入

対象者について記入

事故など第三者行為の場合は、連絡ください。

長期入院に該当するかどうか○をつける
 該当する場合は日数が確認できる領収書や請求書の写しを添付

世帯主について記入
 世帯主の身分証明書(顔写真あり)の写しを添付