

以下のとおり申請があり、被保険者資格等を確認しましたので交付してよいか伺います。

決裁	課 長	主 幹	係 長	課 員	担 当

国民健康保険 限度額適用等認定申請書

雫石町長 様

申請に係る所得確認のため、世帯主及び世帯に属する被保険者の課税台帳の閲覧を行うことに同意し、次のとおり申請します。

申 請 日		年 月 日	
世帯主	氏 名		電 話 番 号
	住 所	雫石町	
代理人	氏 名		電 話 番 号
	住 所	□世帯主と同じ 雫石町	
	世帯主からみた関係 □世帯員 □その他		

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

申 請 区 分	□新規申請 □再交付申請		
住 所	□世帯主と同じ		被保険者記号・番号
			—
(フリガナ)			世帯主との続柄 第三者行為の有無
氏 名	□世帯主と同じ □代理人と同じ		□有 □無
生 年 月 日	S ・ H ・ R 年 月 日		
入 院 予 定	予 定 日	年 月 日	
	医療機関名		
長 期 入 院 該 当 の 有 無 ※長期入院とは、申請月の前1年間の入院日数が91日以上のこと			該当 ・ 非該当
※ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			
1	申請月前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした医療機関名		
2	申請月前1年間の入院期間（日数）	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院をした医療機関名		

【職員記入欄】

- ・ 本人確認 免 ・ 個力 ・ パス ・ 障手 ・ その他（ ）
- ・ 所得区分 ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 現並Ⅱ ・ 現並Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ