

様式第20号の2の2(第14条の2関係)

国民健康保険 (限度額適用・標準負担額減額) 認定申請書

被保険者記号・番号		小樽 123456		
世帯主	住所	小樽市花園2丁目12番1号		
	氏名	小樽 太郎	生年月日	T・S・H ○○年○○月○○日
対象者	氏名	小樽 花子	生年月日	S・H・R ○○年○○月○○日
	世帯主との続き柄		妻	個人番号 1234 5678 9012
長期入院	該当・非該当	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現(I・II)・低(I・II)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	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 日間 令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり申請します。
令和○○年○○月○○日

小樽市長 迫 俊 哉 様

保険収納課長	収納課主査	収 納 係

上記のとおり認定してよいか伺います。
認定期間 令和 年 月 日まで

申請者 住 所 小樽市花園2丁目12番1号
氏 名 小樽 太郎
続 き 柄(世帯主から見た関係) 本人
個人 番号 1122 3344 5566
電話 番号 0134-32-4111

《郵送時の送付先》
〒

住所 _____
氏名 _____

課 長	保 険 係 長	保 険 係

マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証を提示しなくても自己負担限度額までの支払となります。マイナ保険証をぜひご利用ください。