

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	
世帯主	住所		
	氏名	生年月日	T・S・H 年 月 日
対象者	氏名	生年月日	S・H・R 年 月 日
	世帯主との続柄		個人番号
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	

(確認)

A
B
C
D
h
G

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	世帯主と同じ
	氏 名	対象者と同じ
	続 き 柄(世帯主から見た関係)	
	個人番号	
	電話番号	

《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。

郵送で書類を提出される方へ

◎個人番号を記載して書類を提出していただく場合、免許証等の本人確認書類の写しの添付が必要です。

◎上記の本人確認書類の写しは、個人番号カード、免許証、身体障害者手帳、パスポート、雇用保険受給資格者証など、顔写真付きの書類の場合は1点、資格確認書や介護保険証、年金手帳、年金証書、ふれあいパスなど顔写真のない書類の場合は2点の添付が必要です。