

第12号様式(第13条関係)

限度額適用
国民健康保険 標準負担額減額 認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

確認	処理	滞納	受付

(宛先)

上尾市長

年 月 日

次のとおり申請します。

世帯主の住所、氏名、電話番号、
個人番号をご記入ください。

被保険者記号・番号		
(世帯主) 申請者	住所	上尾市本町三丁目1番1号
	氏名	国保 太郎
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 0 4 8 - 7 8 2 - 6 4 8 1
窓口に来られた方の氏名		

限度額適用 減額対象者	氏名	国保 花子	
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	世帯主との続柄	妻	生年月日 平成3年1月1日
発症又は傷病の理由		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) <input checked="" type="radio"/> 3: その他(病気や怪我等)	

長期入院	該当・非該当	資格区分	退職被扶養者
------	--------	------	--------

・限度額適用認定証が必要な方の氏名、個人番号、性別、世帯主との続柄、生年月日をご記入ください。

・「発病又は傷病の理由」欄は、交通事故や他人に危害を加えられた場合は「1」、通勤中や仕事中の傷病ならば「2」、その他の場合は「3」に丸をつけてください。

①	申請日の前1年間	
	入院をした保険医療機関	
②	申請日の前1年間	
	入院をした保険医療機関	
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 日間
	入院をした保険医療機関等	名称
		所在地

※ 以下の欄は、記入する必要はありません。

所得区分	ア	エ	低所得者Ⅱ	現役並みⅡ
	イ	オ	低所得者Ⅰ	現役並みⅠ
	ウ			