の部分は、必ず記入してください。
の部分は、前１年間に入院期間があれば記入してください。

【7 月に申請するかたへ】
希望する年度を選択してください。
令和４年度　　令和５年度

４年度と５年度どちらもご希望の方は、両方に〇印をしてください。

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者証記号番号	記号	那　珂	番号	000000	
世帯主（申請者）	住所	那珂市福田 1819 番地 5			
	氏名	那　珂　　太　郎	生年月日	昭和 33 年 8 月 1 日	
限度額適用減額対象者	氏名	那　珂　　花　子	生年月日	平成 10 年 7 月 31 日	
	世帯主との続柄	子			
長期入院	該当・非該当	世帯主個人番号	◇◇◇◇ ○○○○ △△△△	対象者個人番号	□□□□ ▽▽▽▽ ○○○○

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	30 日	
	入院をした保険医療機関等	名称	◇◇◇病院
		所在地	○○県××市・・・・番地
②	申請日の前１年間の入院期間（日数）		
	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）		
	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）		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前１年間の入院期間（日数）		
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

提出日を記入してください。

令和 5 年 7 月 20 日

市長が証明する欄	被保険者証区分 保険課で記入します。 年　月　日 第　　号 那珂市長　先　﨑　光

電話番号：　029 － 298 － 1111