

国民健康保険

被保険者記号・番号		茨城			
世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日		
限度額適用 減額対象者	氏 名		個人番号		
	世帯主との続柄	本人	生年月日		
長 期 入 院		該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計（ 日間）	
①	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			
②	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			
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			
④	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			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

世帯主名 (申請者) 個人番号

電話番号 _____

茨城県東茨城郡茨城町長

小林 宣夫 宛

マイナ保険証(※)を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

※ 電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書		受付番号(第 号)	
		ロ 保護申請却下通知書		交付番号(第 号)	
		ハ 公簿 ()		認定等年月日	
		ニ 却下 (理由)		年 月 日	
	差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)		
所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ			