見本

国民健康保険　限度額適用・標準負担額減額　認定申請書

新規・　更新
（どちらかを○で囲んでください）

被保険者証記号番号		123-456			
世　帯　主	住　所 連絡先	〒〒905－0000 沖縄県名護市　○○1丁目2番3号(字○○1番地) 電話番号：0980－00－0000 ※認定証は原則世帯主の住所に送付されます。			
	氏　名	名護　太郎　名護印	生年月日	○○年○月○日	男・女
額　適　用 減額対象者	氏　名	名護　花子	生年月日	昭和○○年○月○日	男・女
	世帯主との続柄	【　妻　】			
療養予定期間	令和○年　○月　○日　～　令和○年　○月　○日				
申請事由 （該当番号に○） ※1に該当する場合、傷病届を提出頂く場合があります。	1．骨折やケガなど外傷性によるもの 傷病名： 傷病原因： 交通事故等の第三者行為（誰かに負わされたケガ等）【　有　・　無　】 2．上記1以外の病気等によるもの				

押印をお願いします。

国保税の滞納や住民税の申告漏れ等ないか、また、記載に不備はないか申請前にご確認下さい。

以下の項目を確認し、チェック☑を入れて下さい。

☑ 国民健康保険税に滞納はない。
（※対象者が70歳未満で、世帯において国保税を滞納している方は、限度額認定証の交付ができません。）

☑ 世帯員の住民税申告を行っている。
（※自己負担限度額は、世帯員の住民税申告内容をもとに判定されます。申告がされていない場合、一番高い区分が適用されますので申告漏れがないようご留意ください。）

☑ 申請書に不備はありません。
（※申請書に不備があると受付できません。また、申請書が名護市国民健康保険課に届き、受付した月の初日が認定証有効期限の開始日となります。月をまたぐ郵送の際はご注意ください。）

上記のとおり申請します。

令和○年　○月　○日

申請者名（世帯員）名護　太郎　名護印

押印をお願いします。

《申請書送付先》
〒905－8540
沖縄県名護市港一丁目1番1号
名護市国民健康保険課　給付係
TEL☎0980－53－1212（内線156）