

【名護市】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

新規 ・ 更新

(どちらかを○で囲んでください)

被保険者記号番号		名国・		
世帯主	住所	〒 ー 沖縄県名護市		
	連絡先	電話番号： ※認定証は原則、世帯主の住所に送付されます。		
	氏名		生年月日	年 月 日
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄 【 】			
療養予定期間	年 月 日 ～ 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）【 はい ・ いいえ 】 2. 上記1以外の病気等によるもの			

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注意ください。)

☐ 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。

年 月 日

申請書を記入した人 _____

対象者との関係 _____

電話番号 _____

《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 保険給付係

TEL：0980-53-1212（内線156）