

様式第17号（第16条関係）

※マイナ保険証を利用することにより、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。
マイナ保険証をぜひご利用ください。

国民健康保険限度額適用等認定申請書

申請区分	☐ 限度額適用 ☐ 標準負担額減額 ☐ 限度額適用・標準負担額減額				
被保険者	記号	わこう	番号	200▲▲▲	
世帯主	住所	和光市広沢1-5		個人番号	1111○○○○××××
	氏名	和光 太郎		生年月日	昭和●年 ●月 ●日
減額対象者	氏名	和光 花子		生年月日	昭和○年 ○月 ○日
	個人番号	1111○○○○××××		世帯主との続柄	妻
第三者行為（交通事故など）によるご利用ですか				はい・いいえ	
長期入院	該当 非該当				
過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は「該当」を記入。	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和○年 ○月 ○日から ●日間 令和○年 ○月 ○日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称	○○病院	
			所在地	和光市広沢○-×	
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	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 日間 年 月 日まで		
	入院をした保険医療機関等		名称		
			所在地		

上記のとおり申請します。

和光市長 宛

年 月 日

申請者 住 所 和光市広沢1-5
氏 名 和光 太郎
個人番号 1111○○○○××××

電話番号 070-○○○○-××××

保 険 者 記 入 欄			
所得区分判定	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	
納付状況	完納・未納	申告	あり・なし