

- 福岡県国民健康保険限度額適用・食事療養標準負担額減額認定申請書  
 福岡県国民健康保険限度額適用認定申請書  
 福岡県国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書
- 下記のとおり関係書類を添えて、申請をします。

宗像市長 あて

申請日：令和 年 月 日

保険者証 記号番号	宗		個人番号	
認定 対象者	氏名		生年月日	S <sup>S</sup> R <sup>R</sup> 年 月 日 H <sup>H</sup>
	世帯主との続柄		第三者行為	有 ・ 無
申請者 (世帯主)	住所	〒 —		
	氏名		電話番号	— —
届出者 (世帯主以 外の届出 のとき)	住所	〒 — ※世帯主と同居の場合、住所の記入は不要です。		
	氏名		電話番号	— —
	世帯主との続柄			

※この欄は、市民税非課税の世帯で申請日の前1年間の入院日数が90日を超える場合のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
	保険医療機関等の名称	
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
	保険医療機関等の名称	
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)
	保険医療機関等の名称	
		入院日数合計 ( 日間)

【市記入欄】

認定日	<input type="checkbox"/> 認定証発効日： 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 長期該当日： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 70歳未満	公簿確認	<input type="checkbox"/> 世帯構成 <input type="checkbox"/> 市民税 (課税・非課税) <input type="checkbox"/> 課税所得額 (区分確認) <input type="checkbox"/> 滞納確認 (無・有) <input type="checkbox"/> 申告 (済・未) <input type="checkbox"/> 外国人 (加入1年以内)
	適用区分	<input type="checkbox"/> 上位(ア) <input type="checkbox"/> 上位(イ) <input type="checkbox"/> 一般(ウ) <input type="checkbox"/> 一般(エ) <input type="checkbox"/> 非課税(オ)
	証有効期限	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 期限付： 年 月 日 (同年度内70歳到達者注意)

<input type="checkbox"/> 70歳以上	公簿確認	<input type="checkbox"/> 世帯構成 <input type="checkbox"/> 市民税 (課税・非課税) <input type="checkbox"/> 所得額確認 (区分確認) <input type="checkbox"/> 外国人 (転入1年以内) <input type="checkbox"/> 再発行時区分確認 (一般or現並Ⅲに変更時は注意)
	適用区分	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ
	証有効期限	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 期限付： 年 月 日 (同年度内75歳到達者注意)

関係書類等	<input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 入院期間の分かる書類等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 認定対象者の被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード

課長	係長	受付

# 同意書

下記の理由のため、入院期間の判る書類を添付することができません。

申請日から過去12か月分の診療報酬明細書の入院実日数を閲覧及びその他の方法により、確認することについて同意します。(国民健康保険の資格で入院のものに限る。)

令和      年      月      日

住所

世帯主名