

国民健康保険 限度額適用認定証交付申請書

紫
高 齢

世帯番号	— —	記号番号	— —
適用対象となる 被保険者氏名	生年 月 日	S・H・R 年 月 日	続柄
		個人番号	

※入院のご予定がある方は下記にご記入ください。

①	入院開始日 (すでに入院中,もしくは今後入院予定の場合)	年 月 日 から _____ 日間 年 月 日 まで
	医療機関名	名称 _____ 所在地 _____
②	入院開始日 (すでに入院中,もしくは今後入院予定の場合)	年 月 日 から _____ 日間 年 月 日 まで
	医療機関名	名称 _____ 所在地 _____
③	入院開始日 (すでに入院中,もしくは今後入院予定の場合)	年 月 日 から _____ 日間 年 月 日 まで
	医療機関名	名称 _____ 所在地 _____

上記のとおり申請します。

なお、限度額適用認定に当たり、国民健康保険の担当職員が世帯主及び同世帯の被保険者に係る個人住民税の課税状況を調査することに同意いたします。

令和 年 月 日

高知市長様 世帯主 住所 高知市 _____
氏名 _____
記入者 _____
連絡可能な ☎ (— —)

送付先(上記以外の住所地へ送付希望の場合はご記入ください)

(_____)

個人番号	
------	--

高知市 処理欄 備考	1. 滞納 無 ・ 有 ()	適用区分	現役並み ・ I ・ II
	2. 却下 (理由:)	有効期限	令和 年 月 日
	3. 保留 (理由:)	確認書類 (印なし時)	保険証 ・ 免許証 ・ ()
	4. 国保特例高額療養費該当 5. 事故(第三者, 自損)	受付	・ ・

※ 保険料の滞納があれば認定証の交付が出来ませんので、ご了承ください。