

☐ 限度額適用

鹿島市国民健康保険

☐ 標準負担額減額

申請書

☐ 限度額適用・標準負担額減額

鹿島市長 様 平成 年 月 日

被保険者番号	鹿国保1ー	一般 ・ 退職 ・ 退扶	
対象者氏名		世帯主との続柄	
個人番号			
生年月日	昭・平 年 月 日	性 別	男 ・ 女
適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ ・ Ⅰ ・ Ⅱ		
入院・通院の原因	第三者行為（交通事故等） 有 ・ 無	長期入院	該当・非該当

※ここからは長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日前一年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	入院した保険医療機関等	名 称	
		所在地	
②	申請日前一年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
	入院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。

世 帯 主 住 所 鹿島市 番地

世 帯 主 氏 名

世帯主個人番号

申 請 者 住 所 鹿島市 番地

申 請 者 氏 名 電話番号

【市記入欄】

個人番号確認方法 (右記 番で確認)	① 個人番号カード ② 個人番号通知 ③ 個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④ 職員が住基で確認
-----------------------	--

認定等	1. 公簿（ ） 2. 市町村民税非課税証明書 3. 却下	差額支給	有 ・ 無 差額台帳 第 号		
受理番号	— 号（長期 — 号）	確 認	担 当	受 付	
交付番号	— 号（長期 — 号）				
発効期日	平成 年 月 日				