

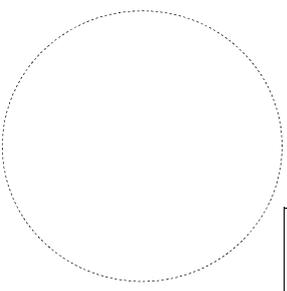
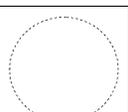
国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証申請書

5

令和 年 月 日 浜松市長あて 下記のとおり申請いたします。

		被保険者証 記号番号(世帯主)							
申請者 (世帯主)	個人番号(マイナンバー)								
	住所	〒 ー 浜松市 区							
		マンション・アパート名等				電話番号 ー ー			
	氏名				生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日			
認定証 対象者	<input type="checkbox"/>		対象者が申請者と同一の場合は、レ点を入れてください。以下対象者欄の記入は不要です。						
	氏名				生年 月日	昭・平・令 年 月 日			
	世帯主 との続柄	個人番号 (マイナンバー)							
※特別な理由により住民登録地以外へ証の郵送を希望する場合には、下記の欄をご記入ください。									
今回 送付先	住所	〒 ー							
	宛名								

●浜松市利用欄

申請	新規・再交付	長期入院(低Ⅱ・オのみ) 【該当の場合は右欄に記入】	入院日数(日間) (保険者問わず過去12か月非課税で入院91日以上)						
交付 方法	手渡し・郵送 郵送日 年 月 日	納付	全・未	受付		入 力			
適用 区分	70歳以上	低Ⅱ・低Ⅰ / 現役並Ⅰ・現役並Ⅱ							
	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ							
<特記事項>									
窓口に来た人()/本人確認書類(国保証・免許証・パスポート・個人番号カード・その他())									