**認定証等申込書**

福島県国民健康保険団体連合会　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者名 | |  |
| 申込者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 名　　称 | | 用紙色 | 枚数 |
| 1 | 国民健康保険被保険者資格証明書  【個人用】 | （市町村用） | 濃クリーム色 | 枚 |
| 2 | 国民健康保険限度額適用・標準負担額  減額認定証 | （市町村用） | 若草色 | 枚 |
| 3 | （国保組合用） | 枚 |
| 4 | 国民健康保険限度額適用認定証  【70歳未満かつ「所得区分ア～エ」用】 | （市町村用） | サーモン色 | 枚 |
| 5 | （国保組合用） | 枚 |
| 6 | 国民健康保険限度額適用認定証  【70歳以上かつ「現役並み所得区分  Ⅰ、Ⅱ」用】 | （市町村用） | 枚 |
| 7 | （国保組合用） | 枚 |
| 8 | 国民健康保険標準負担額減額認定証 | （市町村用） | オレンジ色 | 枚 |
| 9 | （国保組合用） | 枚 |
| 10 | 国民健康保険特定疾病療養受療証 | （市町村用） | レモン色 | 枚 |
| 11 | 国民健康保険被保険者資格証明書【個人用】  臓器提供意思表示欄　専用目隠しシール | | 白色 | 枚 |

送信先　保険者支援課　業務支援係　宛

FAX 024-523-2703　 E-mail gyoumu-shien@fukushima-kokuho.jp