

国民健康保険 限度額適用 認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

申請年月日 年 月 日

被保険者 記号・番号	撰国	第三者行為の有無	有・無	再交付	<input type="checkbox"/>
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号		TEL		
限度額 適用 減額 対象者	<input type="checkbox"/> <small>世帯主と 同じ場合 チェック</small>	氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号		世帯主 との続柄	
長期入院 <small>(オ・低Ⅱの場合)</small>	該当・非該当	区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ		

※長期入院・・・過去12か月で90日を超える入院

①	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ()日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
②	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ()日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
③	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ()日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	
④	申請日前1年間の入院期間(日数)		年 月 日から ()日間 年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地	

決裁	課長	課長代理	係長	係員	受付

受付印	
-----	--

(確認者:)