

国民健康保険
 限度額適用
 標準負担額減額
 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

令和 年 月 日

| | | | | | |
|---------|----|----|--------------------|---|---|
| 被保険者証番号 | | 区分 | 一般・退職（本人・扶養）・70歳以上 | | |
| 世帯主 | 住所 | 電話 | | | |
| | 氏名 | | 個人番号 | — | — |

| | | | | | |
|----------------|---------|--|------|------|-----------|
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | 個人番号 | — | — |
| | 世帯主との続柄 | | 年齢 | 生年月日 | 年 月 日 男・女 |

※ 長期入院欄は、市民税非課税世帯の方で申請月以前1年間の入院期間が91日以上の場合に該当を○で囲み、下記を記入してください（入院日数が分かる領収書等の添付が必要になります）。

| 区分 | 申請日の前1年間の入院期間（日数） | 入院をした保険医療機関等 | |
|----|-------------------|--------------|--|
| ① | 年 月 日から | 名称 | |
| | 年 月 日まで 日間 | 所在地 | |
| ② | 年 月 日から | 名称 | |
| | 年 月 日まで 日間 | 所在地 | |
| ③ | 年 月 日から | 名称 | |
| | 年 月 日まで 日間 | 所在地 | |
| ④ | 年 月 日から | 名称 | |
| | 年 月 日まで 日間 | 所在地 | |
| ⑤ | 年 月 日から | 名称 | |
| | 年 月 日まで 日間 | 所在地 | |

| | | | |
|-----------|-------------------------------|--------|-------------|
| ※【保険者使用欄】 | | 個人番号 | |
| 納税状況 | 滞納等：70歳以上・無・有（納付額 円）→ 全額・一部・特 | | |
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 備 考 | 受 付 印 |
| 発効期日 | 令和 年 月 日 | | |
| 有効期限 | 令和 年 月 日 | | |
| 限度額適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ | | |
| 長期入院 | 令和 年 月 日 | | |
| 却下年月日 | 令和 年 月 日 | | |