

限度額適用

国民健康保険

標準負担額減額

認定申請書

限度額適用・標準負担額

被保険者番号			申請年月日	年 月 日	
世帯主	住所	(電話 - -)			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
	個人番号				
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号				
	世帯主との 続柄		長期入院	該当・非該当 (申請日前1年の入院期間が90日以上)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

市処理欄	受付者		認定確認	月 日 公簿により確認	
	個人番号	<input type="checkbox"/> 番号確認	<input type="checkbox"/> 本人確認	第三者行為	有・無
	届出者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> 代理人			
	本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()			