

限度額適用

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

標準負担額減額

太枠内のみ記入して下さい。

年 月 日

被保険者証記号番号		区分		一般・退本・退扶	
世帯主	住所	(〒 -) TEL () -			
	氏名	生年月日			
限度額適用 減額対象者	氏名	個人番号			
	世帯主との続柄	生年月日			
届出者	住所	(〒 -) TEL () -			
	氏名	世帯主との続柄			
送付先 ※世帯主の住所と異なる場合のみ。	住所	(〒 -) TEL () -			
	氏名				

長期入院	該当・非該当	入院期間(日数)確認	領収書・入院証明書・端末(レセ)確認・医療機関へ電話確認		
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前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	名称	印		
		所在地			
②	申請日の前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	名称	印		
		所在地			
③	申請日の前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	名称	印		
		所在地			

発効年月日	年 月 日	証交付年月日	年 月 日		
有効期限	年 月 日	滞納の有無	有・無	収納班担当者名	
本庁受付印	支所受付印	資格確認	有・無	身分確認	有・無
		課税区分		支所受付者	
				交付者	