

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

年 月 日

一般・退職（本人・扶養）

前期高齢者（Ⅰ・Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ）・その他（ア・イ・ウ・エ・オ）

被保険者証記号番号		糸国-											
世帯主 (組合員)	住所												
	氏名						生年月日						
	個人番号												
限度額適用 減額対象者	氏名						生年月日						
	個人番号												
	世帯主（組合員）との続柄												
長期入院	該当・非該当	第三者行為			有・無								
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 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等		名称										
			所在地										
④	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等		名称										
			所在地										
⑤	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等		名称										
			所在地										

年 月 日

決定 伺い 欄	上記申請により、下記のとおり決定してよろしいでしょうか。							
	☐ 限度額適用（ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ（前期）・現Ⅱ（前期）） ☐ 限度額適用・標準負担額減額（オ） ☐ 標準負担額減額 ☐ 限度額適用・標準負担額減額（前期高齢者）区分Ⅰ・Ⅱ							
決定 欄	☐ 上記、伺いのとおりとする。		課長1		係長2	担当3	徴収4	給付
	_____		決 裁 年 月 日					
	_____		年 月 日					