

国民健康保険 限度額適用 認定申請書

年 月 日

一般・退職（本人・扶養）

|                |                   |                                 |      |                  |     |    |
|----------------|-------------------|---------------------------------|------|------------------|-----|----|
| 被保険者証記号番号      |                   | 前期高齢者（Ⅰ・Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ）・その他（ア・イ・ウ・エ・オ） |      |                  |     |    |
| 世帯主<br>（組合員）   | 住所                |                                 |      |                  |     |    |
|                | 氏名                | 印                               | 生年月日 |                  |     |    |
|                | 個人番号              |                                 |      |                  |     |    |
| 限度額適用<br>減額対象者 | 氏名                |                                 |      | 生年月日             |     |    |
|                | 個人番号              |                                 |      | 世帯主（組合員）<br>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） | 平成                              | 年    | 月                | 日から | 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） | 平成                              | 年    | 月                | 日から | 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） | 平成                              | 年    | 月                | 日から | 日間 |
|                | 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） | 平成                              | 年    | 月                | 日から | 日間 |
|                | 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） | 平成                              | 年    | 月                | 日から | 日間 |
|                | 入院をした保険医療機関等      | 名称                              |      |                  |     |    |
|                |                   | 所在地                             |      |                  |     |    |

平成 年 月 日

|                   |   |           |  |  |  |  |
|-------------------|---|-----------|--|--|--|--|
| 決定<br>伺<br>い<br>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。                          |           |  |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 限度額適用（ア・イ・ウ・エ・現Ⅰ（前期）・現Ⅱ（前期）） |           | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額（オ）          |  |  |  |
| 決定<br>欄           | <input type="checkbox"/> 標準負担額減額                      |           | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額（前期高齢者）区分Ⅰ・Ⅱ |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 上記、伺いのおりとする。                 |           |  |  |  |  |
|                   | _____   |           | 決 裁 年 月 日  |  |  |  |
| _____             |   | 平 成 年 月 日 |  |  |  |  |