

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						
世帯主 (組合員)	住所					
	氏名	印	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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 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)	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	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	平成 年 月 日まで	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	平成 年 月 日まで	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 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。 <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） <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					
決定 欄	<input type="checkbox"/> 上記、伺いのおとりとする。					
	決裁年月日 _____ 平成 年 月 日					