

キリトリ線

年度 国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証	記号		番号			
世帯主	住所					
	氏名					
	個人番号		生年月日		性別	
限度額適用 減額対象者	氏名					
	個人番号		生年月日		性別	
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当	91日目該当日	年 月 日			
種類	一般	退職本人	退職扶養			
所得区分	低所得Ⅰ	低所得Ⅱ	現役並みⅠ	現役並みⅡ	境界層	該当・非該当

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。		入院日数合計(日間)			
1	申請日の前1年間の入院日数	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年間の入院日数	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年間の入院日数	年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

住所
世帯主 氏名
氏名
届出者 電話

本人確認 運転免許証 マイナンバーカード 被保険者証 その他()