

国民健康保険

限度額適用認定
限度額適用・標準負担額減額認定

申請書

羽曳野市長 様
下記のとおり申請します。

申請日	年	月	日
申請者			

- (1) 太枠の中を記入してください。
(2) 該当する箇所には○印を付けてください。

長期入院		該当 ・ 非該当		被保険者証番号	
世帯主	住 所	羽曳野市			
	氏 名			男 ・ 女	
		個人番号：			
	電話番号	()	生年月日	年 月 日	
対象者	氏 名	☐ 同上(記入不要)		男 ・ 女	
		個人番号：			
	世帯主から見た続柄		生年月日	年 月 日	
非課税世帯の長期入院該当者記入欄	第1回目	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 所在地		
	第2回目	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 所在地		
	第3回目	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 所在地		

----- ここからは記入しないでください -----

【70歳未満】 課税世帯 非課税世帯	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ (☐ 長期)	公印	受付印	完納 ・ 滞納あり 納付約束（誓約・履行中・不履行）	
	【70歳～74歳】 前期高齢者	☐ 現役Ⅱ ☐ 現役Ⅰ ☐ 低Ⅱ (☐ 長期) ☐ 低Ⅰ		受付者	備考 ☐ 発行手渡し済み (/) ☐ 郵送 (/) メモ