

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 令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者 白鳥 二郎

- (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 777777	
世帯主	住 所	羽曳野市 誉田4-1-1		
	氏 名	白鳥 太郎		男・女
	電話番号	072 (xxx) xxxx	生年月日	昭和 51 年 〇 月 〇 日
対象者	氏 名	白鳥 花子		男・女
	世帯主から見た続柄	妻	生年月日	昭和 53 年 〇 月 〇 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
		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
		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
		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） 備考 ☐ 発行手渡し済み (/) ☐ 郵送 (/) メモ
	【70歳～74歳】 前期高齢者	☐ 現役Ⅱ ☐ 現役Ⅰ ☐ 低Ⅱ (☐ 長期) ☐ 低Ⅰ		受付者