

**国民健康保険 限度額適用認定 申請書**  
**限度額適用・標準負担額減額認定**

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○印を付けてください。

申請事由	新規 ・ 再交付 ・ 更新
------	---------------

長期入院	該当 ・ 非該当	被保険者証番号						
<b>世帯主</b>	住所	羽曳野市						
	氏名							
	個人番号： .....							
電話番号	(      )	生年月日	年	月	日			
<b>対象者</b>	氏名	<input type="checkbox"/> 同上(記入不要)						
	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	
		入院をした保険医療機関	名称	年	月	日まで		
			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	年	月	日まで		
			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	年	月	日まで		
			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	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	公印	受付印	完納 ・ 滞納あり 納付約束(誓約・履行中・不履行)
非課税世帯	<input type="checkbox"/> オ ( <input type="checkbox"/> 長期 )			受付者
【70歳～74歳】 前期高齢者	<input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ ( <input type="checkbox"/> 長期 ) <input type="checkbox"/> 低Ⅰ			メモ