

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	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。

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	77777
世帯主	住所	羽曳野市 誉田4-1-1	
	氏名	白鳥 太郎 <small>世帯主様のお名前でご記入ください</small>	
	電話番号	072 (xxx) xxxx	生年月日 昭和 51 年 〇 月 〇 日 <small>個人番号: 123456789100 日中つながる番号をご記入ください</small>
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 同上(記入不要) 白鳥 花子 <small>対象者の方のお名前でご記入ください</small>	
	世帯主から見た続柄	妻	生年月日 昭和 53 年 〇 月 〇 日 <small>個人番号: 123456789101</small>
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 年 月 日まで 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 年 月 日まで 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 年 月 日まで 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	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ	公印	受付印	完納 ・ 滞納あり 納付約束(誓約・履行中・不履行)
	<input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ			
非課税世帯	<input type="checkbox"/> オ (<input type="checkbox"/> 長期)	受付者		備考 <input type="checkbox"/> 発行手渡し済み (/) <input type="checkbox"/> 郵送 (/)
【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				