

**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			
<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 所在地	年 月 日まで	
	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	年 月 日まで	
	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	年 月 日まで	

----- 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
非課税世帯	<input type="checkbox"/> オ ( <input type="checkbox"/> 長期 )			納付約束 ( 誓約・履行中・不履行 )
【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	受付者		備考 <input type="checkbox"/> 発行手渡し済み (   /   ) <input type="checkbox"/> 郵送 (   /   ) メモ