

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						
世帯主	住所	羽曳野市						
	氏名							
	個人番号：							
電話番号	()	生年月日	年	月	日			
対象者	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】	<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
課税世帯				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)			備考 <input type="checkbox"/> 発行手渡し済み (/)
【70歳～74歳】	<input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ	受付者		<input type="checkbox"/> 郵送 (/)
前期高齢者	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ (<input type="checkbox"/> 長期) <input type="checkbox"/> 低Ⅰ			メモ