

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○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				
	電話番号	072 (xxx) xxxx	個人番号	123456789100		
対象者	氏名	白鳥 花子				
	世帯主から見た続柄	妻	生年月日	昭和 53 年 〇 月 〇 日		
	氏名	白鳥 花子				
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			
	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			
	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			

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
	<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	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"/> 発行手渡し済み ( / )
	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ			<input type="checkbox"/> 郵送 ( / )
メモ				