

国民健康保険 限度額適用  
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

No.

令和 年 月 日

被保険者証 記号番号	—	一般・退職(本人・家族)・高齢	男・女
住所	西都市 ☎( — — )		
世帯主氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号		
認定対象者 氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号		
世帯主との 続柄	本人・妻・夫・子・( )	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅰ・低Ⅱ
申請理由	入院あり・入院予定・未定・外来高額		
第三者行為 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(交通事故・その他)    ※「有」の場合は、被害届等の提出が必要です。		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで ( 日間)		
病院名称			
病院所在地	市内・市外・県外		
長期入院	該当・非該当	長期該当日	年 月 1 日
減額認定 交付期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※過去1年以内		
医療機関名	入院期間	入院日数	90日到達日
	. . ~ . . .	日	90日目... 月 日 91日目... 月 日
	. . ~ . . .	日	
	. . ~ . . .	日	
	. . ~ . . .	日	

※手続きに来られた方... (世帯主・認定証対象者・世帯員・代理人) ○で囲んでください。

<申請者>

住 所	☎( — — )※日中に連絡が取れる番号記入してください。		
氏 名		続柄	
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	個人番号	

確 認 欄	イ. 国民健康保険課税台帳 ロ. 市県民税課税台帳 ハ. その他( )	世帯主・対象者・世帯員・代理人 保険証・限度額認定証・免許証・個カ・聴聞	対 応 者	確 認
-------------	---	---	-------------	--------