

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

申請日	令和 年 月 日	被保険者証 記号番号	5 1 -	
世帯主	氏名		電話番号	- -
	住所	葉山町		
	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平・令	マイナンバー (個人番号)	
	<input type="checkbox"/> 世帯主の認定申請をします。 <input type="checkbox"/> 世帯主の認定申請はしません。			
世帯主と申請者が異なる場合、ご記入ください。				
申請者	氏名	世帯主との関係 ()	電話番号	- -
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 葉山町		
	<input type="checkbox"/> 申請者の認定申請をします。 <input type="checkbox"/> 申請者の認定申請はしません。 <small>(申請する場合のみ、生年月日・マイナンバー欄もご記入ください。)</small>			
	生年月日	明・大 年 月 日 昭・平・令	マイナンバー (個人番号)	
世帯主や申請者以外の認定申請者がいる場合は、ご記入ください。				
限度額適用 対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
			マイナンバー (個人番号)	

長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	※ 申請日の間に通算で90日以上入院をした場合は、該当を囲んでください。
------	--	--------------------------------------

①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	入院した医療機関等	名称	所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	入院した医療機関等	名称	所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	入院した医療機関等	名称	所在地	

受取人サイン欄		受 付 印		
区 分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 現Ⅱ (<input type="checkbox"/> 公簿確認 <input type="checkbox"/> 所得証明)			
課 長	課長補佐	係 長	係 員	文書主任