

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

【記入例】

世帯主の住所・氏名等  
※日中連絡のつくご連絡先を記入

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請日 のとおり申請します。

(申請者)	住所	舞鶴市 宇治坂1044番地			
	世帯主名	舞鶴 太郎			
	個人番号	1111 2222 3333 4444			
	電話	0773-66-1003			
(代理人)	氏名	舞鶴 花子	続柄	妻	
	電話	0773-66-1003			
被保険者証記号番号		舞	1000	-	1234
適用者氏名		舞鶴 花子			
適用者個人番号		5555 6666 7777 8888			
適用者世帯主との続柄		妻	生年月日		
			昭	平	令
			40	年	1 月 1 日

対象者の氏名・生年月日等

		非課税期間の確認欄(左の入院期間のうち)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	日間	年 月 日から	日間	年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	日間	年 月 日から	日間	年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	日間	年 月 日から	日間	年 月 日まで
	入院をした保険医療機関等	名称			

代理人が申請の場合のみ記入  
※日中連絡のつくご連絡先を記入

記入不要

次の欄には記入しないでください。		入院期間計		日間
交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日	
有効期限	令和 年 月 日	長期入院該当年月日	年 月 日	

処理欄	減額認定	区分			長期該当	確認方法	交付方法	
	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ (現役並みⅢはなし)	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レセプト <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 発送日	令和 年 月 日 令和 年 月 日

被保険者資格		差額支給	対象期間 (1)	年 月 日 ~	年 月 日
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職者(本人・扶養者)			対象期間 (2)	年 月 日 ~	年 月 日
			差額支給申請書の提出	不支給理由	
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

備考	確認	① 免許証, 個人番号カード, ( )	受付者
	本・代	② 保険証, ( )	