

限 度 額 適 用
 国民健康保険 標 準 負 担 額 減 額 認 定 申 請 書
 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額

平成 年 月 日

被保険者証記号番号		鳴門 ー						
世帯主	住所							
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	世帯主との続柄			個人番号				
長期入院	該当 ・ 非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称					
		所 在 地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称					
		所 在 地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称					
		所 在 地						
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成	年	月	日から	日間	
			平成	年	月	日まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称					
		所 在 地						

届出人	氏名		
	連絡先	()	ー
	世帯主との続柄		

処 理 欄	一 般	70歳未満 ・ 70歳以上	限 度 額 適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ・オ
	退 職	本 人 ・ 扶 養		区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ
	滞 納	無 ・ 有	長 期 認 定	
	有効期限	正規・短期 (ヶ月)	第 三 者 行 為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無