

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
	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
	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
			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
			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
			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
			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		現役Ⅰ ・ 現役Ⅱ
	滞 納	無 ・ 有		区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ
	有効期限	正規・短期 ( ヶ月)	長 期 認 定	
			第 三 者 行 為	□ 有 □ 無