

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

年 月 日

被保険者証記号番号		鳴門	—	
世 帯 主	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏 名		生年月日	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)		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	
		所 在 地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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	
		所 在 地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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	
		所 在 地		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		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	
		所 在 地		

届 出 人	氏 名		
	連絡先	()	—
	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	長 期 認 定	区分Ⅰ ・ 区分Ⅱ
	有効期限	正規・短期 (ヶ月)	第 三 者 行 為	□有 □無

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
職員処理欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	()