

令和 年度

国民健康保険 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

丹波市長 様

下記のとおり、限度額等認定証の申請をします。 (前期高齢者)

被保険者証番号								申請日	令和	年	月	日
世帯主	住所	電話番号: ()										
	氏名											
	個人番号							生年月日	昭・平・令	年	月	日
限度額適用減額対象者	氏名							世帯主との続柄				
	個人番号							生年月日	昭・平・令	年	月	日
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無											

【来庁者】 (住 所) 世帯主と同じ

(氏 名)

(電話番号) ()

(世帯主との続柄)

※以下、非課税世帯(区分Ⅱ)の方のみ記入。

長期入院	該当・非該当	確認書類 【市役所記載欄】	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> レセプト <input type="checkbox"/> その他			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	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)	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称				

(以下、市役所記入欄)

判定	認定 ・ 却下					備考			
認定区分	<input type="checkbox"/> 現Ⅱ <input type="checkbox"/> 現Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ								
適用開始日	令和	年	月	日	長期適用開始日	令和	年	月	日
交付状況	窓口 ・ 郵送			交付日	令和	年	月	日	
本人確認	免許証 ・ その他 () ・ 保険証 (※番号記載不要) 【番号:]								
別世帯の代理人手続	<input type="checkbox"/> 証交付対象者 保険証原本					受付者			