

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書
限度額適用

受付印

堺市 区長 殿

令和 年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号 ()

限度額適用・標準負担額減額認定証
次のとおり、 限度額適用認定証 の交付を申請します。
以後、認定に関し、課税台帳その他必要な公簿により確認されることに同意します。

被保険者記号番号		堺国 ()			
限 度 額 適 用 減 額 対 象 者	氏 名			世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日生		性別	
長 期 入 院		該当・非該当			
※①から④欄は、長期入院該当者のみ記入してください。(入院日数合計 日間)					
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

決 裁 日	令和 年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	係
上記の申請について、認定し、 を交付してよろしいか。		限度額適用・標準負担額減額認定証 限度額適用認定証			
市民税非課税確認方法	1. 市民税非課税証明書 2. 保護申請却下通知 3. 公簿 ()			適用区分	
認定証発効日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	受付	
長期該当発効日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	所管	