

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

被保険者証記号番号		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		保険区分 一般・退職
※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	