

国民健康保険

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

三種町長様

令和 年 月 日

被保険者番号								一般 ・ 退職			
世帯主	住 所	三種町						電話			
	氏 名					生年月日	年 月 日		男・女		
	個人番号										
限度額適用・ 減額対象者	氏 名					生年月日	年 月 日		男・女		
	個人番号							世帯主 との続柄			
※この申請をする月以前1年間に入院したことがありますか。						ある ・ ない					
※その入院期間は90日を超えていますか。						超えている ・ 超えていない					

※入院期間が90日を超えている場合、下記にその入院期間と入院をした医療機関等を記入してください。

申請月の前1年間の入院期間(日数)					入院をした保険医療機関等	
①	年 年	月 月	日から 日まで	日間	名 称	
					所在地	
②	年 年	月 月	日から 日まで	日間	名 称	
					所在地	
③	年 年	月 月	日から 日まで	日間	名 称	
					所在地	
④	年 年	月 月	日から 日まで	日間	名 称	
					所在地	
⑤	年 年	月 月	日から 日まで	日間	名 称	
					所在地	

〈保険者使用欄〉

適用・減額 台帳	発効期日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日
	長期入院	該当 ・ 令和 年 月 日
		非該当
	却下年月日	令和 年 月 日
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低(ⅠⅡ)・現(ⅠⅡ)
交付方法	即日交付 ・ 郵送	

受 理