

太枠内の記入をお願いします。

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

青森市長あて

年 月 日

下記のとおり国民健康保険 限度額適用 ・ 標準負担減額 認定について申請します。

| | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|-----|----------|--|----------|----------------------------|-------|------|--|
| 被保険者証 記号番号 | 青 国 | | | | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現並Ⅰ・現並Ⅱ | | | |
| 世帯主 | 個人番号 | | | | | | | | |
| | 住所 | 青森市 | | | | | | 電話番号 | |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | | | | | | | |
| 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 | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 日間 | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | |

記入例

太枠内の記入をお願いします。

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

青森市長あて

年 月 日

下記のとおり国民健康保険 限度額適用 ・ 標準負担減額 認定について申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|----------|-----------|----------------------------|---|----|------|------|---|---|---|------|--------------|
| 被保険者証 記号番号 | 青国 | 99999999 | 適用区分 | ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現並Ⅰ・現並Ⅱ | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 個人番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 |
| | 住所 | 青森市 | ●●1丁目2番3号 | | | | | | | | | 電話番号 | 000-000-0000 |
| | 氏名 | 国保 太郎 | | | | | 生年月日 | S 27 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
| 限度額適用 減額対象者 | 氏名 | 国保 花子 | | | | | 生年月日 | S 32 | 年 | 2 | 月 | 3 | 日 |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | 世帯主との続柄 | 妻 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 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年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 日間 | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | 日間 | | | | | | | |
| | 入院をした保険医療機関等 | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |