

国民健康保険 限度額適用認定 標準負担額減額認定 申請書
限度額適用・標準負担額減額認定

(あて先) 韮崎市長

下記のとおり、申請します。

届出日	令和	年	月	日	被保険者記号・番号		
申請者	住所	韮崎市				電話番号	
	氏名	(※)			生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください					
対象者	氏名				生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号				続柄		
※代理人の場合は委任者との関係 () ※この申請は第三者からの行為による受診のものですか <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ							

※長期入院に該当する場合は、入院日数の確認できる領収書等を添付

	入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	平・令 年 月 日から	日間
		平・令 年 月 日まで	
	入院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)	平・令 年 月 日から	日間
		平・令 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

▼申請者が、世帯主本人または同居の家族以外の場合は委任状が必要です。

私は、上記申請者に限度額認定証等の申請及び交付の権限を委任します。

住所	韮崎市
委任者署名捺印	氏名 (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

.....下記の欄は記入しないでください.....

事務処理欄			
所得区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ (長期確認)	
	70歳以上	現役Ⅱ ・ 現役Ⅰ ・ 低Ⅱ (長期確認) ・ 低Ⅰ	
資格区分	一般 ・ 退本 ・ 退扶	長期該当	該当 ・ 非該当
		(該当日: 年 月 日)	
申請者本人確認欄	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		