

国民健康保険

限度額適用認定申請書

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者記号番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日		
限度額適用	氏名		個人番号		
減額対象者	世帯主との続柄		生年月日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、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年間の入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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)	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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)	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	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)	令和 年 月 日 から		日間	
		令和 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

世帯主

(申請者) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

記入者 _____ ()

徳島市長

内藤 佐和子 殿

確認欄	適用区分	申告状況	前年区分	長期入院(該当日)	短期証	受付
			簡 申			