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

令和　　年　　月　　日

阿南市長　殿

住　所　阿南市　　町

世帯主　氏　名

個人番号

電　話　　－

被保険者証記号番号	阿南　・　－		
限度額適用減額対象者		生年月日	昭・平　年　月　日 令
個人番号			
世帯主との続柄		長期入院該当	該当　・　非該当
※ 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）	

申請日前一年間の入院				
1	入院期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）		
	保険医療機関等	名称		
		所在地		
2	入院期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）		
	保険医療機関等	名称		
		所在地		

入院期間の確認	レセプト　領収書　証明書	備考	

証種類	適用区分	発効期日	有効期限	長期入院該当
限度額適用認定証	ア　イ　ウ　エ 現役並　Ⅱ　Ⅰ	令和　年　月　日	令和　年　月　日	
限度額適用・標準負担額減額認定証	オ　低Ⅱ　低Ⅰ	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
標準負担額減額認定証		令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日

確認方法	個人番号記載	被保険者証	課税区分	所得等記入欄
運転免許証 保険証 個人番号カード その他 〔　　〕	有 無	通年 短期 資格	課税 非課税	

決裁欄	課長	課長補佐	係長	入力	収納	認定証	証回収	受付印
						交付 郵送 （自宅　病院）	回収 紛失届	