

**国民健康保険 限度額適用 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者記号番号	阿南 . -														
限度額適用減額対象者											生 年 月 日	昭・平 令 年 月 日			
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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	/
	現役並 II I			
限度額適用・標準負担額減額認定証	才 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	課税区分	所得等記入欄				
運転免許証 個人番号カード その他 [ ]	有  無	一般  特別療養費	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	