

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

被保険者証記号番号	遠 軽								一 般		
世帯主	住 所	遠軽町								電 話	—
	氏 名					生年月日	昭・平・令	年	月	日生	
	個人番号								性別	男・女	
減額対象者	氏 名					生年月日	昭・平・令	年	月	日生	
	個人番号								性別	男・女	
	続 柄	本人・妻・夫・子・他( )									

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	自	年	月	日	日間
		至	年	月	日	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)	自	年	月	日	日間
		至	年	月	日	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)	自	年	月	日	日間
		至	年	月	日	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称				
所在地						
遠軽町長 様 上記のとおり認定を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住所 遠軽町 申請者 世帯主						

※ 決 定 欄	1. 認定について <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額 <input type="checkbox"/> 認定(適用) <input type="checkbox"/> 非認定(非適用) 他( ) ( <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ )							
	<input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> 認定 ( 現役並みⅠ ・ 現役並みⅡ ) <input type="checkbox"/> 非認定							
	2. 長期入院について <input type="checkbox"/> 該当 ( 該当年月日: 令和 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 非該当							
	※所得状況	1. 公簿確認		2. 所得証明		3. その他( )		
	交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日		
課長専決	主幹等	係長	係長	担当	担当	合議	税務課担当	