

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

認定申請書

区分	一般・退職	被保険者証記号番号	61-							
対象者	氏名				個人番号					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主との続柄				
第三者行為等確認欄		治療する傷病の原因は交通事故や傷害事件 もしくは仕事中の怪我ですか？ ※上記の場合、保険証を使って受診するには届出が必要です。				はい・いいえ				
課税区分	課税	現役並みⅠ 現役並みⅡ		ア イ ウ エ						
	非課税	低Ⅰ	低Ⅱ	才	<input type="checkbox"/> 長期該当 <input type="checkbox"/> 長期非該当	長期該当適用日 令和 年 月 日				
①	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和	年	月	日	～平成・令和	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年間の入院日数	平成・令和	年	月	日	～平成・令和	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年間の入院日数	平成・令和	年	月	日	～平成・令和	年	月	日	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称								
		所在地								
④	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和	年	月	日	～平成・令和	年	月	日	(日間)
	入院をした保険医療機関等	名称								
		所在地								
上記のとおり申請します。									入院日数合計	(日間)
令和 年 月 日										
世帯主 住所 粕屋町										
氏名 ⑩										
個人番号										
電話番号 (- -)										
粕屋町長殿										
町処理欄	認定方法	イ 市町村民税非課税証明書				資格 <input type="checkbox"/> 収納 <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/>			受付者	
		ロ 生活保護申請却下通知書				対象者宛名番号				
		ハ 公簿()								
		ニ 却下(理由)								