

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

被保険者証記号番号							
世帯主	住所	志摩市 <input type="checkbox"/> 浜島町 <input type="checkbox"/> 大王町 <input type="checkbox"/> 志摩町 <input type="checkbox"/> 阿児町 <input type="checkbox"/> 磯部町					
	氏名					生年月日	年 月 日
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 同上				生年月日	年 月 日
	世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人			個人番号		

長期入院	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)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年 月 日 から	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)			年 月 日 から	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)			年 月 日 から	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年間の入院期間(日数)			年 月 日 から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

(宛先) 志摩市長

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。

年 月 日

住所

番地

世帯主名
(申請者)

印

個人番号

--	--	--	--

電話番号

- -

処 理 欄	適用区分	発行確認	納付確認	受付	入力
	<input type="checkbox"/> 上位ア <input type="checkbox"/> 一般エ <input type="checkbox"/> 高齢低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 限度(ア・イ・ウ・エ)	完 ・ 未		
	<input type="checkbox"/> 上位イ <input type="checkbox"/> 非課税オ <input type="checkbox"/> 高齢低Ⅰ	<input type="checkbox"/> 限度・減額(オ・Ⅱ・Ⅰ)			
	<input type="checkbox"/> 一般ウ <input type="checkbox"/> 減額認定のみ <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ	<input type="checkbox"/> 限度(現役並みⅡ・Ⅰ) <input type="checkbox"/> 減額			
<input type="checkbox"/> 長期該当(オ・低Ⅱ・減)		本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個・住カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()			