

限 度 額 適 用 認 定
国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

令和 年 月 日

熊取町長 様

下記のとおり申請します。

太枠の中だけ記入してください。

被保険者証の記号番号		個 人 番 号		保 険 区 分	
熊国				<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職被扶養者	
申 請 者	住 所 熊取町				
(世帯主)	氏 名		<input type="checkbox"/> 印 電話番号 ()		
対 象 者	氏 名		昭和 平成 令和 年 月 日生		
	世帯主との続柄 ()		電話番号 ()		
長期入院	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	傷病の原因		<input type="checkbox"/> 交通事故などの第三者行為 <input type="checkbox"/> その他の原因	
非課税世帯の長期入院該当者記入欄	第1回目	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
		入院をした保険医療機関	名 称 所在地	-----	
	第2回目	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
		入院をした保険医療機関	名 称 所在地	-----	
	第3回目	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
		入院をした保険医療機関	名 称 所在地	-----	

※以下 職員記入欄

課税世帯	70歳未満	<input type="checkbox"/> 上位所得 (ア) <input type="checkbox"/> 上位所得 (イ) <input type="checkbox"/> 一 般 (ウ) <input type="checkbox"/> 一 般 (エ)			
	前期高齢者	<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ			
非課税世帯	70歳未満	<input type="checkbox"/> 非 課 税 (オ)		<input type="checkbox"/> 長期入院該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (年 月 日該当)	
	前期高齢者	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ (適用年月日 . .) <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ (適用年月日 . .)		<input type="checkbox"/> 長期入院該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (年 月 日該当)	