

専決	令和 年 月 日				
	課長	課長補佐	係長	係長	係

別紙のとおり  
交付してよろ  
しいか

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

被保険者記号番号						
限度額適用 減額対象者	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	洲本市			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)
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 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)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 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)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				

上記のとおり国民健康保険 限度額適用認定証、標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 洲本市

申請者(世帯主)

氏名

印

個人番号

電話 ( )

洲本市長様

処 理 欄	認定等	1. 適用区分 ( ア・イ・ウ・エ・オ ) ( 現役Ⅱ・現役Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ )			受付番号(第 号) 交付番号(第 号)	
		2. 市民税課税証明書 3. 市民税非課税証明書 4. 保護申請却下通知書 5. 公簿( 確認印: ) 6. 国民健康保険税の滞納( 有 ・ 無 ) 7. 第三者行為( 該当 ・ 非該当 ) 8. 却下( )			認定等年月日 令和 年 月 日	
		差額支給 有 ・ 無	差額支給台帳発行番号 ( 第 号 )			
	口座 OCR	口座用紙渡	リスト	交付		