

☐ 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		申請年月日		年 月 日	
世帯主	住所				
	氏名	印	電話番号	()	—
	個人番号				
対象者	氏名	生年月日	昭・平	年 月 日	性別 男・女
	世帯主 との続柄	個人番号			

第三者行為（交通・傷害事故等）によるものですか	はい ・ いいえ	※ 第三者行為によるものの場合、 傷病届の提出が必要です。
-------------------------	----------	----------------------------------

①	申請の前一年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		住 所		

②	申請の前一年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		住 所		

③	申請の前一年間の入院期間（日数）		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称		
		住 所		

上記のとおり、関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

太子町長 様

届出者

以下、職員記入欄

<70歳以上>

認定証発行種類	低Ⅰ	低Ⅱ
---------	----	----

<70歳未満>

資格区分	一般	退職本人	退職扶養
認定証発行種類	ア	イ	ウ
	エ	オ	

認定年月日	平成 年 月 日
長期入院	該当 ・ 非該当
長期認定年月日	平成 年 月 日
標準負担額差額支給	有 ・ 無

受付担当者	
-------	--