

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						
	氏名	生年月日	年	月	日		
減額対象者	氏名	個人番号	:	:	:	:	
	世帯主との続柄	生年月日	年	月	日		
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為		有・無			
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							
⑤	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							

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 _____

世帯主名 (申請者) _____ 印 個人番号 _____

電話番号 _____

三重県鳥羽市長 様

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書	ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)		
	適用区分	発行確認	納付確認	処理日	
	<input type="checkbox"/> 上位ア <input type="checkbox"/> 非課税オ <input type="checkbox"/> 高齢現Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位イ <input type="checkbox"/> 高齢低Ⅱ <input type="checkbox"/> 高齢現Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般ウ <input type="checkbox"/> 高齢低Ⅰ <input type="checkbox"/> 減額認定のみ <input type="checkbox"/> 一般エ <input type="checkbox"/> 長期該当 (オ・低Ⅱ・減)	<input type="checkbox"/> 限度 (ア・イ・ウ・エ・現Ⅱ・現Ⅰ) <input type="checkbox"/> 限度・減額 <input type="checkbox"/> 減額 (オ・低Ⅱ・低Ⅰ)	完・未		