

国民健康保険限度額適用等認定申請書

申請区分	<input type="checkbox"/> 限度額適用 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額 <input type="checkbox"/> 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			個人番号
	氏名			生年月日 年 月 日
減額対象者	氏名			生年月日 年 月 日
	個人番号			世帯主との続柄
第三者行為（交通事故など）によるご利用ですか				はい ・ いいえ
長期入院	該当 ・ 非該当			
①	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 年 月 日 まで	
	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 年 月 日 まで	
	入院をした保険医療機関等		名称	
			所在地	

上記のとおり申請します。

和光市長 宛

年 月 日

申請者 住所
氏名
個人番号
電話番号

保 険 者 記 入 欄			
所得区分判定	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	
納付状況	完納 ・ 未納	申告	あり ・ なし