

様式第17号（第16条関係）

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
	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						

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