

(記入例)

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	わこう	番号	200▲▲▲	
世帯主	住所	和光市広沢1-5		個人番号	1111○○○○××××
	氏名	和光 太郎	生年月日	昭和○年○月○日	
減額対象者	氏名	和光 花子	生年月日	昭和△年△月△日	
	個人番号	2222○○○○××××	世帯主との続柄	妻	
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 <input checked="" type="radio"/> 非該当 <input type="radio"/>				
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和○年○月○日から 令和×年×月×日まで			○日間
	入院をした保険医療機関等	名称	○○病院		
		所在地	和光市広沢○-×		
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	
③	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	
③	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は「該当」を記入。

上記のとおり申請します。

和光市長 宛

年 月 日

申請者 住所 和光市広沢1-5
氏名 和光 太郎
個人番号 1111○○○○××××

電話番号 070-○○○○-××××

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