

国民健康保険 限度額適用 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	08 — —		平成 年度	
世帯主	住所	江東区		
	氏名	生年月日	電話	— —
認定対象者	氏名	生年月日	大昭・平 年 月 日	男・女
	世帯主との続柄			

認定区分	A・B・C・I・II	発行区分	新規・書き換え・再発行
------	------------	------	-------------

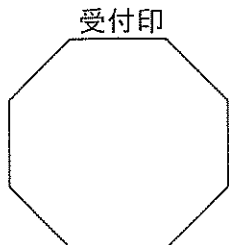
*認定区分がC・IIで90日を越える入院(過去12ヶ月)がある場合に該当 *申請月の翌月1日より該当

*長期入院	該当・非該当	*長期入院該当年月	平成 年 月 1日
-------	--------	-----------	-----------

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした医療機関等	
	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
②	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
③	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
④	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地

長期確認事項

1. 入院日数被保険者別リスト	平成 年 月 日から	日間
	平成 年 月 日まで	
2. 領収書等	平成 年 月 日から	日間
	平成 年 月 日まで	



受付	税確認	納付確認

一般
退本
退扶

窓口に来た方の住所・氏名・世帯主との関係

住所

氏名

世帯主との関係

国民健康保険 限度額適用 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

太線内をご記入ください。

被保険者証 記号番号	08 - 99 - 8765		平成 年度
世帯主	住所	江東区 東陽4-11-28	
	電話	03 - 3647 - 9111	
認定対象者	氏名	江東 太郎	昭平48年4月1日 (男)・女
	氏名	江東 花子	昭平46年8月27日 男・(女)
	世帯主との続柄	妻	

認定区分	A・B・C・I・II	発行区分	新規・書き換え・再発行
------	------------	------	-------------

長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月	平成 年 月 1日
------	--------	----------	-----------

*申請月の翌月1日より該当

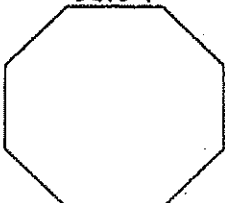
申請日の前1年間の入院期間(日数)		入院をした医療機関等	
①	平成 年 月 日から	日間	名称
	平成 年 月 日まで		所在地
②	平成 年 月 日から	日間	名称
	平成 年 月 日まで		所在地
③	平成 年 月 日から	日間	名称
	平成 年 月 日まで		所在地
④	平成 年 月 日から	日間	名称
	平成 年 月 日まで		所在地

※ 過去1年間に、90日以上入院していた場合に記入してください。

長期確認事項

1. 入院日数被保険者別リスト	平成 年 月 日から	日間
	平成 年 月 日まで	
2. 領収書等	平成 年 月 日から	日間
	平成 年 月 日まで	

※ 窓口に来られた方をご記入願います。



受付	税確認	滞納確認

一般
退本
退扶

窓口に来た方の住所・氏名・世帯主との関係

住所 江東区大島4-5-1

氏名 江東 一郎

世帯主との関係 長男