

国民健康保険 限度額適用
限度額適用・標準負担額減額 認定申請書

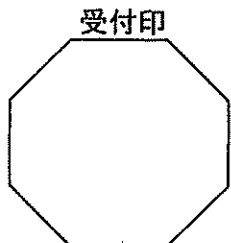
被保険者証 記号番号	08 -- --		平成 年度	
世帯主	住 所	江東区		
	氏 名	生年月日	大昭・平 年 月 日	男・女
認定対象者	氏 名	生年月日	昭・平 年 月 日	男・女
	世帯主との続柄			
認定区分	A・B・C・I・II		発行区分	新規・書き換え・再発行
長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月	平成 年 月 1日	

*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	
	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	名 称	所在地
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	

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	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

氏名

世帯主との関係