

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

年度

被保険者証 記号番号	0 8 - -		認定対象者 の個人番号		
認定対象者	住 所	江東区			
	氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	世帯主名		世帯主との続柄	本人・配偶者・子・親・兄弟姉妹・孫・祖父母・他	
	世帯主の個人番号				
代理人住所			代理人連絡先		
代理人氏名			対象者との関係		

	長期入院	該当・非該当	*申請月の翌月1日より該当 *過去12ヶ月の入院日数が91日以上ある場合に該当	
	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	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日から		所在地	
②	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日から		所在地	
③	年 月 日から	日間	名 称	
	年 月 日から		所在地	

*認定区分がオ・Ⅱの期間の入院であること。(減額対象期間であれば保険の種類は問わない)

発効遡及理由	月末の緊急入院・単身で緊急入院・その他()
--------	------------------------

*注意事項：保険料に滞納のある世帯には限度額適用認定証の交付ができないことがあります。事前にご相談ください。

以下職員記入欄

長期確認事項	1. レセプト情報等 2. 領収書等	申請 番号	認定 区分
令和 年 月 日から	日間	認定証交付日	令和 年 月 日
令和 年 月 日まで		発行期日	令和 年 月 日
長期該当日	令和 年 月 1日から	発行区分	新規・書き換え・再交付
食事差額申請	あり・なし	一・退	一般・退本・退扶
証交付方法	窓口交付・郵送・郵送(送付先)		

受付印

受付	税確認	納付確認